



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto
Institucional do Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE.**

Irene dos Santos Cristina

Orientação: Professora Doutora Margarida Sim-Sim

**Relatório Apresentado para a Obtenção do grau de Mestrado em
Saúde Materna e Obstetrícia**

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto
Institucional do Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE.**

Irene dos Santos Cristina

Orientação: Professora Doutora Margarida Sim-Sim

**Relatório Apresentado para a Obtenção do grau de Mestrado em
Saúde Materna e Obstetrícia**

Évora, 2016

AGRADECIMENTOS

À minha família que me ajudou a acreditar que era possível atingir este objetivo a que me propus.

Aos meus pais que são o pilar da minha vida, pelo apoio incondicional, discernimento, carinho e desta forma expresse o meu reconhecimento.

Ao meu marido e filho que ao longo deste ano, quando havia momentos de desmotivação pelas palavras de encorajamento, carinho e pela cooperação, por forma a conseguir alcançar mais um percurso académico.

À minha orientadora Professora Doutora Margarida Sim-Sim por me ter proporcionado momentos de aprendizagem únicos, por ter acreditado que era possível chegar a bom porto com este tema a que me propus, fazendo críticas construtivas que possibilitaram a realização de todo este trabalho.

Às chefias e equipas de enfermagem do departamento de Obstetrícia em particular do Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica, pelo apoio e colaboração neste projeto.

Ao conselho de administração do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM-EPE), assim como à enfermeira Supervisora, pela receptividade e pronta disponibilidade, para a realização do projeto.

Ainda assim, tenho de agradecer a todos os profissionais que se cruzaram comigo nesta caminhada académica; profissionais de saúde, diretores(as), técnicos das casas abrigos que tive o prazer de contactar, disponibilizando-se para que fosse possível realizar este trabalho, assim como a tão importante colaboração das mulheres que se encontravam em contexto de casa abrigo que sem elas este trabalho ficava mais pobre.

Por fim, mas não menos importante um agradecimento muito especial às minhas colegas de trabalho que tanto me ajudaram sem nada esperarem de mim pelas palavras certas nos momentos apropriados, Ana Ferrão e Sandra Risso.

A todos muito Obrigado.

RESUMO

Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo EPE.

A violência é um problema que perturba a sociedade e a saúde individual e coletiva. A violência contra as mulheres é uma forma específica de maus tratos. Tem consequências para as mulheres que diretamente a sofrem, com repercussões sociofamiliares, acarretando marcas, mágoas e prejuízo grave nas esferas bio-psico-sociais. O CHBM-EPE tem em curso um programa de atendimento a mulheres vítimas de violência. Torna-se necessário realizar a sua revisão e atualização. No projeto atual, através de recolha de dados junto de provedores e beneficiárias de cuidados realizou-se o diagnóstico de situação, descrevem-se ambas as perspetivas e propõem-se medidas de melhoramento. O relatório aqui apresentado consiste na descrição da intervenção realizada. Os resultados serão tidos em conta na revisão do Programa do CHBM-EPE contra a violência doméstica. Pretende-se a melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: Violência; Violência Doméstica; Violência contra a Mulher; Violência Sexual.

ABSTRAT

Violence Against Women. Review of the Institutional Project of the Hospital Barreiro - Montijo EPE.

Violence is a problem that disrupts society and the individual and collective health. Violence against women is a specific form of ill-treatment. It has consequences for the female figures who directly suffer with social-familial repercussions, leading brands, hurts and serious injuries in the bio-psycho-social spheres. The CHBM-EPE has an ongoing program of assistance to women victims of violence. It is necessary to carry out its review and update. The current project, through data collection from providers and recipients of care will describe both perspectives. In the current project, through data collection from providers and recipients of care there was the diagnosis of the situation, describes both perspectives and are proposed improvement measures. The report presented here is the description of the intervention performed. The results will be taken into account in the review of CHBM-EPE Program against domestic violence. It is intended to improve the quality of care.

Key-words: Violence; Domestic Violence; Violence Against Women; Sexual Violence; Intimate Partner Violence

“As perguntas mais simples são também as mais profundas:
Para onde vais? Aonde fica a tua verdadeira casa? O que fazes da tua vida?
Interroga-te de tempos a tempos e observa como mudam as tuas respostas”.

Richard Bach

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	11
2- ANÁLISE DO CONTEXTO	15
2.1 – ESCOLHA DA TEMÁTICA	15
2.2- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
2.3 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS	22
2.4. SELEÇÃO DA AMOSTRA E POPULAÇÃO/VÍTIMAS	22
2.4.1 -Aspetos Sociodemográficos da População dos Enfermeiros	23
2.4.2 – Aspetos Sociodemográficos das Mulheres Vítimas em Contexto Casa Abrigo	24
2.5 -TIPO DE ABORDAGEM DO ESTUDO	26
2.6 -NECESSIDADES IDENTIFICADAS	28
3 – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	32
3.1-DEFINIÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO SUCESSO DO PROJETO..	32
3.2- ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO	35
4- EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO	36
4.1- APLICAÇÃO CONCRETA DAS ATIVIDADES	37
4.2-.APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO TEMPO	40
5- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	42
5.1-.APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DEFINIDOS ANTERIORMENTE	42
5.2- RESULTADOS REFERENTES `AOS INTERVENIENTES NA VERTENTE DE INVESTIGAÇÃO	44
5.2.1 – Indicadores de Continuidade	54
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7- REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	61
APÊNDICE-A	62
Proposta de Projeto (Modelo T- 005).	62
APÊNDICE-B	67
Requerimento de acompanhamento de formulário para casas abrigo	67

APÊNDICE-C	69
Consentimento informado para questionário das mulheres vítimas em contexto casa abrigo	69
APÊNDICE-D	71
Formulário das Mulheres Vítimas em Contexto de Casa Abrigo.....	71
APÊNDICE-E	77
Tratamento de Dados dos Questionários efetuados aos EESMOS do SUOG do CHBM- EPE	77
APÊNDICE-F	113
Análise dos dados das mulheres vítimas de VD, em contexto casa abrigo	113
APÊNDICE-G	138
Comissão de Ética para Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade Évora	138
APÊNDICE-H	147
Projeto CICTS Pedido – Avaliação de Projetos	147
APÊNDICE-I	155
Consentimento informado para questionário dos enfermeiros ESMO, do CHBM- EPE.....	155
APÊNDICE-J	157
Questionários dos Enfermeiros	157
APÊNDICE-K	164
Análise conteúdo sugestões dos formulários das mulheres vítimas violência	164
APÊNDICE-L	168
Quadros da revisão sistemática literatura	168
APÊNDICE-M	181
Cronograma.....	181
APÊNDICE-N	183
Apresentação do projeto aos profissionais do CHBM-EPE	183
APÊNDICE-O	187
Apresentação da análise dos questionários dos enfermeiros sobre violência doméstica	187
APÊNDICE-P	203
Exemplos Situações de Violência Doméstica	203

APÊNDICE-Q	207
Folha para colocação vinheta da mulher vítima de violência /violação	207
APÊNDICE-R	209
Requerimento da orientadora de mestrado para associação de pais e educadores para infância (APEPI)	209
ANEXOS	211
ANEXO-1	212
Declaração Comissão de Ética de CHBM-EPE	212
ANEXO-2	214
Folha triagem para mulheres vítimas de violência doméstica/violação do SUGO CHBM- EPE	214
ANEXO-3	219
Protocolo do programa de mulheres vítimas de violência doméstica/ violação	219
ANEXO-4	235
Parecer da comissão de ética de CHBM-EPE	235
ANEXO-5	238
Parecer da Comissão Ética da Universidade Évora.....	238
ANEXO-6	240
Escalas de risco (2).....	240
ANEXO-7	245
Projeto para implementação da linha telefónica contra violência/ violação	245
ANEXO- 8	258
Panfletos de plano de segurança do CHBM-EPE	258
ANEXO-9	261
Folhas presenças das formações.....	261
ANEXO-10	267
Declaração de Aceitação de Orientação	267

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Destaque dos Concelhos de abrangência do CHBM-EPE	Erro! Marcador não definido.
Figura 2 Vista global dos Concelhos	Erro! Marcador não definido.
Figura 3 Número de partos ocorridos no Hospital do Barreiro 1999-2014	19
Figura 4 Participação de violência doméstica registada pela PSP em 2013 (Continente)	20
Figura 5 Caracterização por sexo	23
Figura 6 Formação Contínua dos EESMO	24
Figura 7 Casa-Abrigo origem	25
Figura 8 Tipo de casa-abrigo	26
Figura 9 Vista do questionário pré-teste aos enfermeiros	27
Figura 10 Diagrama do estudo	28
Figura 11 Necessidades dos Enfermeiros	29
Figura 12 Necessidades das mulheres detetadas no atendimento	31
Figura 13 Atitudes dos profissionais nos estudos seleccionados	34
Figura 14 Sugestões de melhoria na abordagem da violência doméstica	34
Figura 15 Opinião das mulheres sobre a Violência doméstica como problema	44
Figura 16 Opinião dos enfermeiros sobre a Violência Doméstica como problema	45
Figura 17 Opinião das utentes no contacto com os profissionais	45
Figura 18 Opinião das utentes sobre aspetos do agir profissional	46
Figura 19 Nível de segurança dos profissionais na abordagem das clientes vítimas de violência	47
Figura 20 Dificuldades abordagem sobre VD	47
Figura 21 Quem encaminhou?	49
Figura 22 Motivo que leva as mulheres á urgência relaciona com VD	50
Figura 23 Indicadores de atendimento a vítimas de VD	51
Figura 24 Identidades que fazem parceria com protocolo	52
Figura 25 Conhecimento de escalas de risco	53
Figura 26 Adequação de escala de risco na folha triagem	53

1- INTRODUÇÃO

A violência consiste na intencionalidade de usar a força física e o poder, tanto por ameaça como por consumação, levando a lesão, prejuízo ou compromisso de desenvolvimento, privação ou mesmo redundando em morte. É desta forma que a Direção Geral de Saúde em Portugal (DGS, 2014) entende a violência. A visibilidade do fenómeno da violência entre pessoas que partilham espaços comuns, habituais, familiares ou privados tem aumentado. Tende-se atualmente a consciencializar de forma mais pública e por isso em responsabilidade de denúncia, os conflitos outrora assumidos como próprios do casal, interpretados por todos e carregados pela própria como destino do sexo feminino. Através da Conferência de Pequim, chega à discussão na Organização das Nações Unidas (ONU) o tema da Violência contra as Mulheres (VCM). Ganhou-se a expectativa de atingir igualdade, desenvolvimento e paz (UN-WOMEN, 1995). O conceito de violência baseada no género, anterior a Pequim e presente em vários documentos da ONU, reporta-se a violência dirigida à mulher, porque é uma mulher ou afetando desproporcionalmente a mulher (UN-WOMEN, 2009). O conceito refere-se na forma de consumação ou ameaça de violência física, sexual, psicológica, perseguição, coerção ou impedimento de liberdade. Estende-se ainda a atos de rapto, mutilação genital, casamento infantil ou outros deste tipo ditos como “culturais”. Na violência de género (VG) não existe uma definição agregada a faixa etária, pois considera-se a “mulher” da maior ou menor idade (O'Doherty, 2015).

Na violência de género, inclui-se a violência doméstica (VD), a mais comum entre as diferentes formas de violência. O conceito de VD inscrito na reunião de Istambul define um quadro de atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem dentro da família ou unidade doméstica ou entre atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o perpetrador partilhe ou tenha partilhado ou não o mesmo domicílio com a vítima (Council of Europe, 2011). Na mesma conferência, o conceito de Violência contra as mulheres (VCM) é considerado uma violação dos direitos humanos, uma forma de discriminação contra as mulheres e significa todo o ato baseado na violência de género, que resulta ou tem probabilidade de resultar em agressão física, sexual, psicológica, económica, ou causa sofrimento à mulher, incluindo ameaça destes atos, coerção, privação de liberdade, tanto ocorram em público como na vida privada (Council of Europe, 2011). Esta definição transmite assim as várias tipificações dos crimes ocorridos contra

as mulheres. A VD é um grave problema de saúde pública e os profissionais de saúde têm um papel crucial dada a maior acessibilidade (WHO, 2013).

Das recomendações emanadas por organizações internacionais, tais como ONU e OMS saem diretrizes, que a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG), tem vindo estabelecer através de vários planos. O último é o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e do Género (2014-2017) ("Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de dezembro," 2013). Com base nestes planos, cada instituição cria condições para prevenir, esclarecer, intervir e encaminhar estas vítimas. No Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM-EPE), no ano de 2005, foi implementado no Serviço de Urgência Geral, o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação – “Acolher, Informar e Intervir”. Surgiu assim a necessidade de melhorar a identificação, intervenção e encaminhamento das mulheres-vítimas. Em 2008, por necessidade de resposta eficaz às mulheres admitidas em situação de violação, alargou-se o programa ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Em consonância com estes programas, as ONG e as estruturas locais divulgam o seu trabalho, investem na melhoria dos conhecimentos e do apoio às vítimas de VD. Por outro lado, as instituições, as associações e a evolução do quadro legal, ajudam as sobreviventes. Ganha-se no sentido da maior rapidez para atingir os seus direitos e apesar das lacunas legislativas, conseguem atingir a Casa Abrigo ("Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro da Assembleia da República," 2009; Lopes, Gemito, & Pinheiro, 2012). A violência surge como fator de risco na saúde da mulher. Além das consequências diretas sobre a saúde, aumenta a perigosidade na saúde futura (O'Doherty, Hegarty, Ramsay, Davidson, Feder & Taft, 2015).

No nosso país, os casos de VD denunciados formalmente estão crescendo (i.e. 2013-2014: 12,4%) e em 2014 registam 6774, ou seja, cerca de 18.6 por dia, 130 por semana (APAV, 2015). Os dados(2015) no CHBM-EPE mostram o aumento de violações (7 vítimas) e diminuição de violência doméstica (5 vítimas), sendo 1 vítima grávida, no 1º semestre de 2016 houve aumento de número de mulheres vítimas de violência (6 vítimas), violações(4 vítimas).

No exercício profissional reconhecem-se responsabilidades e vontade de empreender contributos para quebrar o ciclo de violência. Para haver sucesso da intervenção, há que contemplar a atuação junto da vítima, em cada caso, em cada história de vida, recolhendo perspetivas e necessidades. Simultaneamente há que atuar junto dos profissionais, saber as suas facilidades/dificuldades, necessidades de atualização, pois são eles as

figuras presentes em momentos críticos da vida das mulheres. É urgente saber como atuar, advogar em favor da vítima, conhecer a legislação, referenciar à rede de apoio, além de validar o risco com a vítima e de criar o plano de segurança. Os profissionais, agentes executores nas instituições devem atualizar-se.

Desta forma, em favor do grau académico que se deseja atingir e simultaneamente correspondendo a uma temática que a instituição pretende atualizar, propõe-se um trabalho cujo objetivo geral é: Rever o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação “Acolher, Informar, Intervir”, instituído no SUOG do CHBM-EPE. Na qualidade de objetivo geral, inclui as vertentes de diagnóstico, de execução e de avaliação.

Na vertente de diagnóstico, teve como objetivos específicos:

- 1) Avaliar o estado atual dos cuidados oferecidos às vítimas de violência;
- 2) Descrever as atitudes das EESMO relativamente às vítimas de violência;
- 3) Descrever o conhecimento das EESMO quanto a violência doméstica;
- 4) Descrever a perceção das vítimas residentes em Casa-Abrigo sobre as práticas das EESMO aquando do episódio agudo.

Na vertente de execução, teve como objetivos específicos:

- 1) Realizar ações de formação sobre o projeto que iria ser desenvolvido e apresentação de dados sobre atitudes dos EESMOs no atendimento às vítimas de violência;
- 2) Reformular materiais orientadores nas situações de violência doméstica;

Na vertente de avaliação, teve como objetivos específicos

- 1) Avaliar a perceção dos EESMO relativamente às medidas promotoras implementadas
- 2) Avaliar a evolução dos indicadores

Os procedimentos metodológicos concorreram para os objetivos específicos, dado que se realizou a recolha de dados diagnósticos, a elaboração de materiais e na vertente de avaliação, a validação do processo.

O projeto contempla atividades de diagnóstico de situação sobre o atual protocolo, recolha de dados em profissionais e mulheres em fase de recuperação, intervenção considerando a atualização de conhecimentos dos profissionais e (re)construção de documentos do protocolo da Violência Doméstica.

Para dar cumprimento aos objetivos, seguiu-se a validação da ideia do projeto (Apêndice A), o caminho de consentimentos pela hierarquia institucional (CHBM-EPE) (Anexo1) delimitaram-se as populações alvo Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna (ESMO) do departamento de obstetrícia, que exercem funções no SUOG do CHBM-EPE, assim como consentimentos das várias direções das casas abrigo a nível do país que participaram neste trabalho (Apêndice B). Realizou-se o diagnóstico da situação sobre a atual assistência e encaminhamento das mulheres vítimas de violência/violação, nos serviços de saúde, caracterizou-se a perceção das utentes face a assistência recebida. Foi feita revisão da folha utilizada na triagem para as utentes vítimas de violência doméstica/violação, assim como dos folhetos de plano de segurança e proposta de introdução de escala de risco.

O presente relatório está conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2006) adaptadas a trabalhos académicos. O relatório respeita o acordo ortográfico, conforme despacho reitoral da Universidade de Évora na circular 4/2001 de 5 de dezembro e o Regulamento do ciclo de estudos conducente com o grau de Mestre pela Universidade de Évora conforme Ordem de Serviço n.º 8/2013. O texto encontra-se organizado por secções e sub-secções e em alguns momentos é suportado, para melhor elucidação, pelos Apêndices e Anexos.

2- ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo argumenta-se acerca da escolha da temática abordada e caracteriza-se o contexto de realização do estágio final. Subsequentemente caracterizam-se os recursos humanos, explica-se a seleção da amostra e população/vítimas, terminando com o tipo de abordagem do estudo e as necessidades identificadas.

2.1– ESCOLHA DA TEMÁTICA

A violência doméstica e a violação são focos de enfermagem pertinente para o EESMO na medida em que assumem uma dimensão que se tem acentuado nos últimos anos, sendo igualmente relevante pelos seus riscos. Está presente em todos os níveis de atuação do EESMO, o que significa que os cuidados de enfermagem especializados podem responder às necessidades das mulheres vítimas de violência e de violação. Tal resposta quer a nível dos cuidados de saúde primários e promoção de saúde, quer no acompanhamento em complicações e até no tratamento e reabilitação, nas situações mais difíceis e ainda no encaminhamento da vítima.

Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores de pessoas que experienciam transições (Meleis et al., 2000). Podemos observar esta afirmação, facilmente, no contexto da prática de cuidados de saúde em Portugal. São os enfermeiros que ajudam os clientes a prepararem-se para as transições e facilitam o processo de aquisição de competências relacionadas com processos de saúde e doença (Meleis et al., 2000). De facto há responsabilização profissional. Recordem-se as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, no documento formal “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2011) que define competências comuns e competências específicas naturalmente as comuns partilhadas por todos os especialistas. As competências comuns baseiam-se em quatro domínios, “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (art.º 4º – p.8649).

A realização do projeto, apoiou-se nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2011), definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Foram mobilizadas as competências referentes à melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento das aprendiza-

gens profissionais, uma vez que o atual projeto incidiu na aplicação das estratégias preconizadas no IV Plano Nacional contra a violência doméstica (2011-2013) e V Plano Nacional contra violência doméstica e do Género (2014-2017), conforme orientações formais (Presidência do Conselho Ministros, 2010; 2013). Visa assim a consolidação da estratégia e das ações anteriormente desenvolvidas, investindo na formação em serviço e uniformização de procedimentos.

2.2- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Este relatório surge para dar resposta ao estágio final que decorreu no período entre Novembro a Junho de 2016, no SUGO, cuja área de influência são os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

O CHBM-EPE integra o Hospital Nossa Senhora do Rosário (no Barreiro) e o Hospital do Montijo. O CHBM-EPE foi formado em 2009, existindo o Hospital Nossa Senhora do Rosário desde 1959. O seu atual edifício foi inaugurado em 1985. O CHBM-EPE serve uma população de cerca de 214000 habitantes, na área geográfica dos concelhos, conforme se visualiza na figura 1 e figura 2.



Figura 1 Destaque dos Concelhos de abrangência do CHBM-EPE

Fonte: <http://aiset.pt/peninsula-de-setubal/>



Figura 2 Vista global dos Concelhos

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Barreiro>

O Serviço de Obstetrícia está localizado na unidade do Barreiro, incluindo o SUOG, situado no piso 1 do edifício principal. Este serviço no mesmo espaço, tem as duas valências (Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos). A Urgência

Obstétrica dispõe de várias dependências, tanto de receção, como de assistência às utentes, de preparação de terapêutica, de reuniões de pessoal, como dos inerentes apoios relacionados com armazenamento de material, limpeza e higiene, sanitários e também de salas de arrumos. Consideram-se nesta descrição essencialmente os de receção e de assistência às utentes

A Urgência Obstétrica dispõe de uma sala de espera. Esta sala é o acesso ao serviço, local onde as utentes se inscrevem nos serviços administrativos. Os horários de inscrição estão condicionados das 8 h às 16h, depois a inscrição deve ser feita nos serviços administrativos da urgência geral.

Existe um gabinete de triagem, onde o EESMO faz a triagem da utente e regista os dados no Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgência (SIRIU), atribuindo uma cor conforme o tipo de urgência da utente. Após a inserção de dados no sistema informático, a utente é encaminhada diretamente para o sistema do médico Obstetra/Ginecologista.

No gabinete de triagem o EESMO faz a observação física da mulher, avaliação do bem-estar fetal (quando aplicável) e de sinais vitais da mulher, assim como no caso de vítimas de violência e violação é feita observação física, entrevista, preenchimento da folha de colheita de dados criada para estas situações (Anexo 2) assim como o encaminhamento das vítimas. Este gabinete integra um WC, que inclui um duche (existem mais dois WC, sem duche; um na sala de espera e outro ao lado do gabinete de triagem, para utilização das utentes). A utente triada é então encaminhada para um dos dois gabinetes médicos para observação. Se ficar em observação, existem três macas no corredor que servem a intenção de observação temporária. Existe ainda uma sala para realização de cardiotocografia, com capacidade para duas utentes e ecografia para uma utente, respetivamente.

Entra-se então na Sala de Partos: O serviço tem capacidade para 7 grávidas em trabalho de parto em quartos individuais, climatizados, com TV e aparelho de áudio com leitura de CD e Pen com iluminação natural (apenas 3 não têm janela). Cada quarto possui uma marquesa de parto, um monitor de cardiotocografia um reanimador de recém-nascido (o que promove a prestação de cuidados imediata ao recém-nascido e a permanência do mesmo sempre junto dos pais) e todo o material/medicação necessários à realização de um parto eutócico.

O serviço está munido de um sistema de segurança para recém-nascidos, através de pulseiras eletrónicas ligadas a um sistema informático centralizado. Este sistema

existe desde 2007. Cada pulseira eletrônica é colocada ao nascer, à frente da mãe, removendo-se no momento da alta. Os enfermeiros são os únicos profissionais com acesso ao sistema informático, sendo responsáveis pelo seu controle.

A existência de quartos individuais permite que a pessoa significativa, podendo ser o pai ou outro(a), permaneça junto da grávida durante todo o trabalho de parto; o puerpério imediato decorre também neste espaço, promovendo a privacidade da mulher e a permanência da pessoa significativa neste período.

Para além destes 7 quartos, existem 2 blocos operatórios, sendo o de maior dimensão habitualmente utilizado para a realização de cesarianas e o outro para intervenções ginecológicas ou cesarianas emergentes, quando o primeiro está a ser utilizado. A mulher que fez cesariana, ficará durante o puerpério imediato no recobro, que se situa a meio do serviço (entre as salas de partos), com capacidade para 2 utentes. Neste caso não existe a possibilidade da permanência de pessoa significativa na sala de recobro.

No bloco do SUOG a instituição criou um protocolo de circulação e de adaptação das estruturas para que a pessoa significativa possa estar presente, tal como é preconizado pela legislação atual. Os blocos operatórios estão providos do material necessário à realização destas intervenções: carro de urgência, ventiladores, bisturi elétrico, mesas de apoio às intervenções, material cirúrgico e terapêutica medicamentosa. O bloco de maiores dimensões dispõe de reanimador de recém-nascido e balança para pesagem do bebé. O bloco de dimensões inferiores dispõe de material mais utilizado em intervenções ginecológicas.

Existe também um berçário, destinado à prestação de cuidados a recém-nascidos com situações emergentes (reanimação), que dispõe de reanimador, monitor de apneia, oxímetro, incubadora de transporte, medicação para a reanimação do recém-nascido e cateterização umbilical, estufa e um frigorífico com medicação que necessita de conservação a baixa temperatura.

Fazem ainda parte das instalações uma copa, uma sala de sujos, uma sala de apoio à lavagem de material cirúrgico, uma sala de registos de enfermagem, uma sala de médicos, um gabinete para o enfermeiro coordenador, um vestiário e armazéns de material de consumo clínico.

No Hospital Nossa Senhora do Rosário em 2014, ocorreram 1467 partos, observando-se desde 1999 uma continuada diminuição só infletida no ano de 2010 (figura.3).

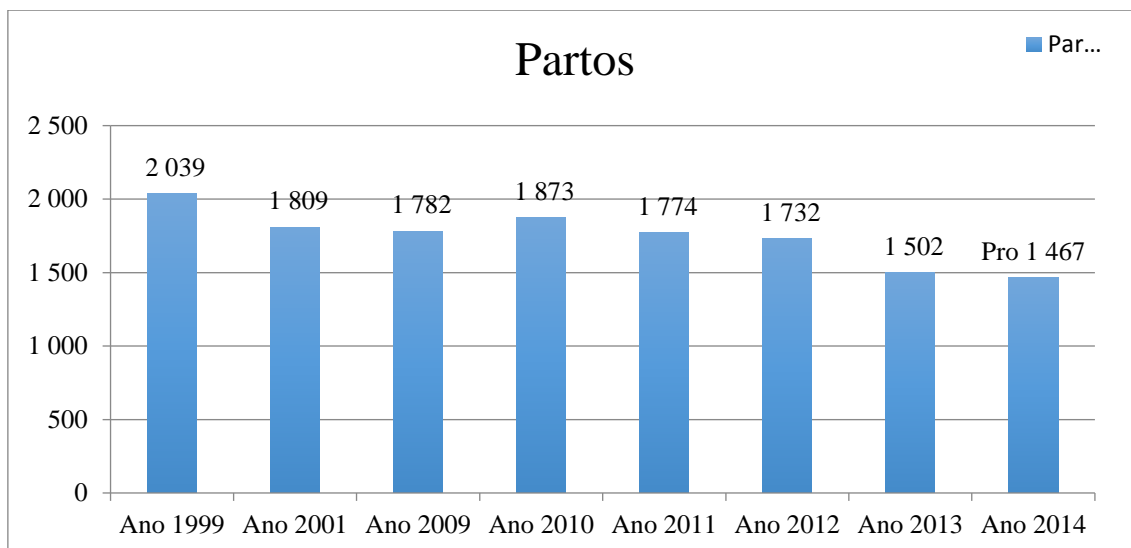


Figura 1 Número de partos ocorridos no Hospital do Barreiro 1999-2014

Dos 1467 partos em 2014 ocorreram 799 eutócicos (54.5%), 512 cesarianas (34.9%) e 156 (10.6%) distócicos (Portada, 2016).

Os EESMO têm a preocupação em promover o parto eutócico humanizado, na medida em que permite a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto, parto e puerpério, a deambulação da grávida sempre que possível, a ingestão de líquidos claros, a utilização da bola de pilates, a musicoterapia, o contato imediato pele a pele do recém-nascido após a expulsão e o aleitamento materno precoce o (CHBM-EPE recebeu a distinção de Hospital Amigo dos Bebés, este ano recandidatou-se, mantendo a creditação).

Com particular destaque e importância, existe no CHBM-EPE o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação “Acolher, Informar, Intervir”, instituído no SUOG do CHBM-EPE desde 2008 (Anexo 3). A importância do programa reside no fato de ser um recurso real, um recurso central, próximo de Lisboa e Setúbal, locais do país onde a violência doméstica encontra o maior número de casos. Na figura abaixo, relembram-se os casos de 2013 referidos apenas a uma entidade de segurança, a PSP (Ministério da Administração Interna, 2014)

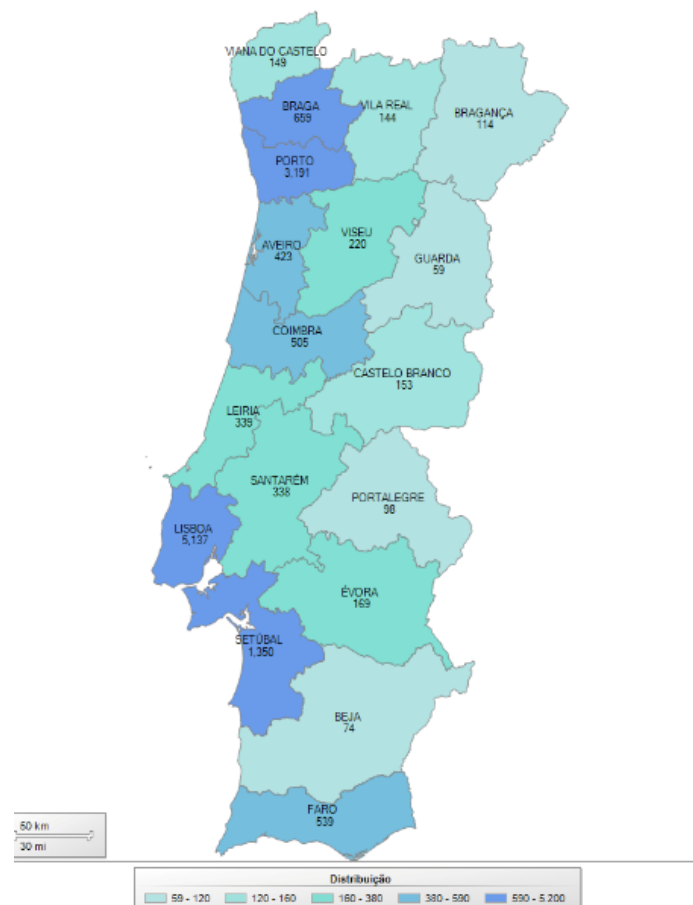


Figura 2 Participação de violência doméstica registada pela PSP em 2013, dados por distrito (Continente)

Fonte: http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VD%202013_%20v14ago2014.pdf

Há assim cerca de oito anos que a instituição hospitalar se concentra no apoio às vítimas. Contudo a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a existência de um vazio entre as necessidades que podem ter as vítimas de violência, nomeadamente de violência sexual, a resposta oferecida pelos serviços de saúde, entre outros aspetos relacionados, em quase todos os países (OMS, 2008). O setor da saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória para o problema, sem considerar a intencionalidade do ato que gerou a morbilidade. Esta situação de invisibilidade, decorre do fato dos serviços se limitarem a cuidar dos sintomas e não disporem de instrumentos capazes de identificar o problema” (Lopes, Gemito, & Pinheiro, 2012).

Muitas mulheres procuram apoio formal e não revelam que são vítimas de violência, frequentemente os profissionais não identificam a situação de violência ainda que as lesões apresentadas demonstrem a sua ocorrência. Porém esta falta de identificação dos casos de violência, pode contribuir para dar continuidade ao ciclo de brutalidade

quer física, quer psicológica. Reduz-se assim a eficiência dos serviços de saúde e a sua credibilidade como recurso para a vítima, além de absorver recursos económicos e tornar-se um aliado de perpetuação da violência-vitimização.

Os profissionais de saúde têm papel fundamental, pois muitas vezes este é o único lugar procurado por mulheres vítimas de violência (OMS, 1997). Por vezes para os profissionais, enfrentarem a violência que aconteceu ao utente, passa por utilizar algumas estratégias, tais como avaliar os fatores de risco das mulheres que recorrem aos nossos serviços, entre outras.

A nível nacional, Portugal têm adotado a implementação dos Planos Nacionais contra a violência doméstica, em que o I Plano Nacional contra a violência doméstica (1999-2003) e II Plano Nacional contra a violência doméstica (2003-2006), visavam implementar instrumentos de sustentação da ação política para prevenir e intervir sobre a violência doméstica. O III Plano Nacional contra a violência doméstica (2007-2010), consolidou essas políticas de prevenção e combate à violência, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a igualdade, reforço de campanhas de informação e formação, apoio e acolhimento das vítimas, promovendo a sua reinserção e autonomia (Presidência do Conselho de Ministros, 2007).

No IV Plano Nacional contra a violência doméstica (2011-2013), pretendeu-se consolidar o sistema de proteção das vítimas, promover medidas e estratégias em relação à prevenção, às situações de risco, à qualificação dos profissionais e a intervenção em rede, de forma a envolver mais os municípios, parceiros sociais e as organizações da sociedade civil. Por último o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e do Género (2014-2017) ("Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de dezembro," 2013). Com base nestes planos, cada instituição cria condições para prevenir, esclarecer, intervir e encaminhar estas vítimas.

Por tudo que foi exposto anteriormente, a violência doméstica representa uma das prioridades, por questões de dignidade, de legalidade, de saúde porque conduz a custos sociais e financeiros. Exige assim a nossa dedicação enquanto cidadãos e profissionais, justifica a tentativa de melhoria dos programas de violência/violação das instituições e rede.

A equipa de enfermagem atualiza constantemente os conhecimentos, na medida em que elabora procedimentos de orientação de cuidados de enfermagem, assim como atualiza procedimentos interdependentes e efetua formação de serviço. Existente desde 2005, com início no serviço de urgência geral e em 2008, foi alargado para o

SUOG e a pretensão é torna-lo mais capaz de responder com maior qualidade e no melhor período de tempo aos casos vividos.

2.3 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A equipa de recursos humanos de enfermagem é composta por vários elementos. Existe um enfermeira coordenadora, uma enfermeira de horário fixo que assume funções de gestão e de prestação de cuidados (de acordo com as necessidades do serviço) e 22 enfermeiras na prestação de cuidados. Existem mais 10 enfermeiros especialistas no departamento de Obstetrícia, quando o SUOG necessita são escalados de turno.

Estão nomeados 4 enfermeiros no turno da manhã e 3 no turno da tarde e noite, um enfermeiro fica responsável pela admissão, um enfermeiro pelo bloco operatório / recobro e dois pelos quartos, em todos os turnos existe uma enfermeira chefe de equipe que está distribuído para prestação de cuidados e acumula a responsabilidade de gestão e organização dos recursos.

Nos horários de 3 elementos/turno, há carência de profissionais para assistir aos casos de violência/violação, já que estes exigem privacidade, maior disponibilidade para o atendimento das vítimas, assim como para contatar outras instituições e/ou setores para promover um encaminhamento adequado.

O EESMO de triagem deve alertar os outros elementos que está atender uma vítima de violência para que não seja interrompido e estes assegurem as restantes triagens. Existem duas assistentes operacionais nos turnos da manhã e tarde (e uma na noite), 3 médicos obstetras/ginecologistas (por dia), um anestesiista em regime de 24 h, para técnicas anestésicas no bloco de partos.

Ao EESMO não é reconhecida autonomia para realizar o internamento informático, tal é realizado por outro profissional da equipa. Este aspeto é algo crítico, pois não raras vezes, é exatamente com o enfermeiro que a utente mais desenvolve uma narrativa da ocorrência de agressão ou até violação.

2.4- SELEÇÃO DA AMOSTRA E POPULAÇÃO/VÍTIMAS

Segue-se a apresentação da amostra referente às EESMO e às vítimas de violência. Segundo Fortin (2009: p.311) “A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” Consideram-se como participantes:

a) profissionais de enfermagem (EESMO), num total de 35 participantes, coincidindo a população com a amostra; de acordo com Fortin (2009.p.312) “A amostra é uma fração de uma população sobre o qual se faz o estudo”;

b) mulheres-utentes que, tendo recorrido ao serviço de urgência, se encontram agora em casa abrigo, em amostra de conveniência e disponibilidade.

No caso das mulheres-vítimas, a seleção e amostragem de conveniência necessitou um processamento anterior, efetuado por um técnico de Psicologia, dada a sensibilidade do assunto. Ou seja; toda a vítima só foi abordada após a técnica de Psicologia constatar que reunia condições para tornar-se participante. Constatada a potencialidade era-lhe proposto, podendo aceitar ou recusar.

Existem 46 casas-abrigo a nível nacional. Excluindo-se 6 por estarem localizadas nas Ilhas dos Açores e Madeira, são elegíveis 40, das quais só foi possível contactar 36. Destas, um total de 19 deram parecer positivo para participação do estudo. A essas casas-abrigo foram enviados os consentimentos (Apêndice C), formulários (Apêndice D) com envelope de devolução. Apenas 9 casas-abrigo devolveram dentro da data limite primeira quinzena de junho, 66 questionários preenchido. Tendo terminado o prazo estipulado, foram contactadas as casas-abrigo que no tempo ideal não devolveram a informação pretendida, estabelecendo-se novo limite até primeira quinzena de julho. Responderam duas casas-abrigo e fez o total de 83 questionários preenchidos.

2.4.1- Aspetos Sociodemográficos da População dos Enfermeiros

Como profissionais, participaram 35 EESMO no questionário. Na figura abaixo caracteriza-se a população face ao sexo.

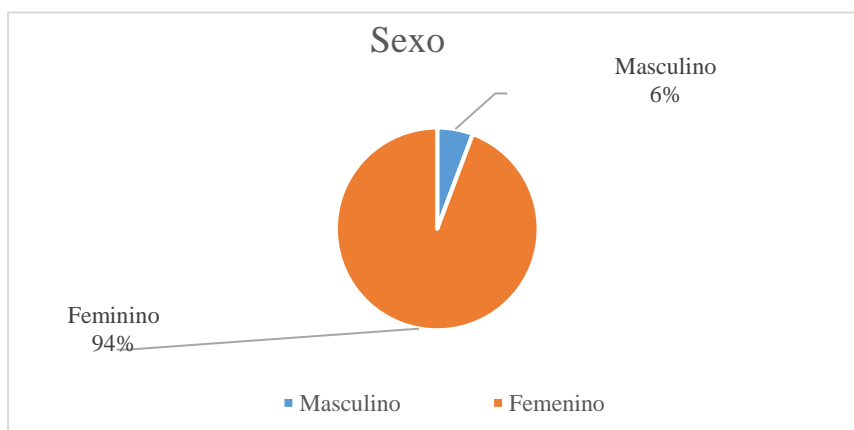


Figura 3 Caraterização por sexo dos EESMO

São maioritariamente do sexo feminino (94%). A maioria são casados (69%), encontram-se na faixa etária de 41-50 anos (43%), seguindo-se do intervalo de 31-35 anos 35%, a menor população com 22% é o intervalo de idades de 25-30 anos.

Predominam os profissionais com 2 filhos com 43%, sendo que 60% são agregados constituídos por marido/acompanhante e filhos, todos têm vínculo á instituição CHBM-EPE. Relativamente à pergunta quantos anos têm de curso geral 54% dos inquiridos não respondeu. Dos 29% dos que responderam têm entre 5-15 anos de curso geral; á questão quantos anos têm de especialidade 54% não responderam, dos que responderam têm entre 5-15 anos de especialidade, podendo confirmar em Apêndice E.

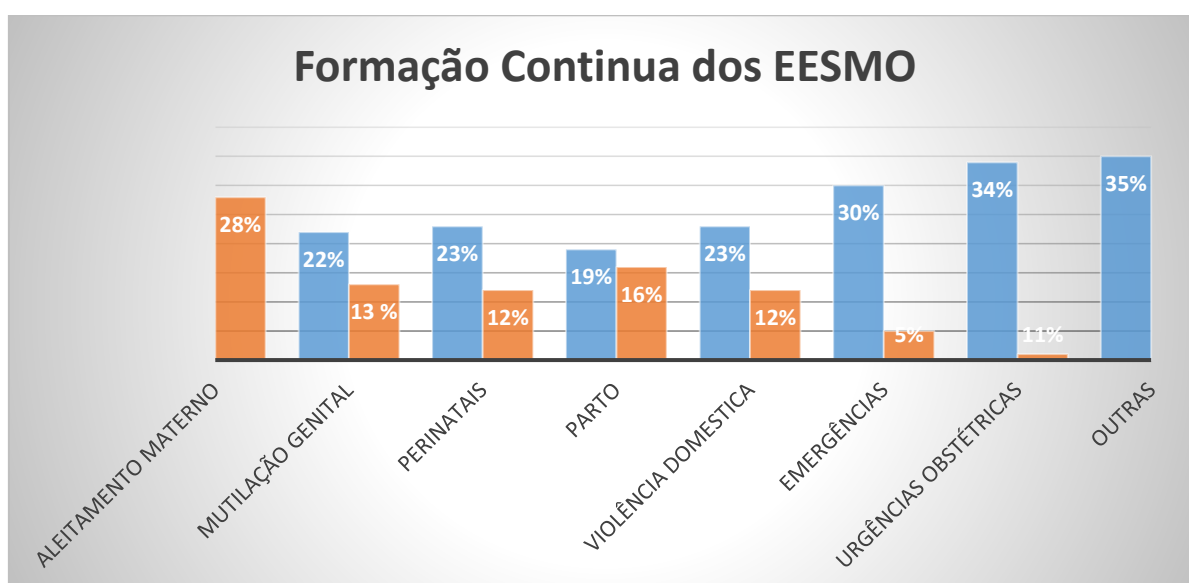


Figura 4 Formação Continua dos EESMO

A maior percentagem de investimento de formação foi em áreas de aleitamento materno com 28%, seguindo-se de 16% de investimento na área do parto, 13% na área da mutilação genital, 12% fez formação na área de V.D assim como em cuidados perinatais. Pode-se verificar análise complementar dos dados no Apêndice E.

2.4.2 – Aspetos Sociodemográficos das Mulheres Vítimas em Contexto Casa Abri- go

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados (Formulários) podemos verificar que participaram 83 mulheres, mas foram excluídas 2 por terem respondido a penas a 2 questões, sendo que se consideraram para o estudo 81 mulheres com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos.

Relativamente às habilitações literárias, predomina o 3º ciclo, com cerca de 33,8%, seguindo-se o 2º ciclo com 30,9%. Acerca da situação laboral cerca de 59,5%, encontra-se desempregada. Sendo que 53,1% residem em meio urbano. No que se refere à nacionalidade, a predominante é a portuguesa, com 76,5%. Prevalece o estado civil de casadas com 30,9%, existindo 12,3% a viver em união de facto. Grande maioria têm filhos (93,8%). O agregado familiar mais representativo (32,1%) é composto por marido e filhos pode-se verificar no Apêndice F.

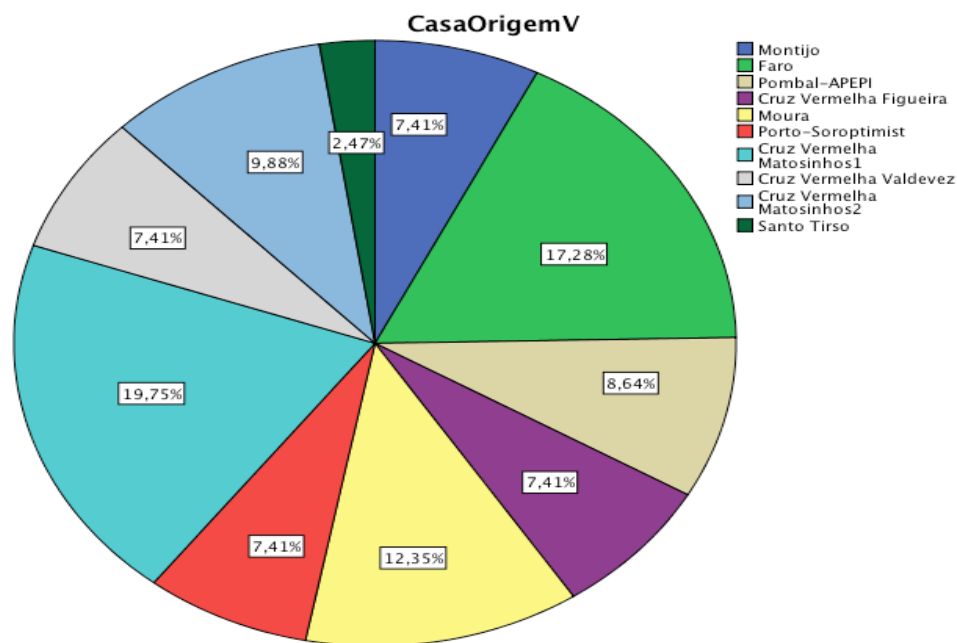


Figura 5 Casa-Abrigo origem

Das 11 casas-abrigo que se disponibilizaram a colaborar, a maior percentagem de respostas foram das mulheres alojadas na casa abrigo do Montijo com 19.8%, seguindo-se as mulheres de Faro com 17.3% e Moura com 12.3% (Apêndice F).

As mulheres vítimas de violência ficam alojadas em casas abrigo distante do local de residência, se ocorrerem através de saídas programadas; se forem saídas de emergência até às 72 h, podem ficar em casas de emergência perto dos seus distritos, 53,1% residia em meio urbano.

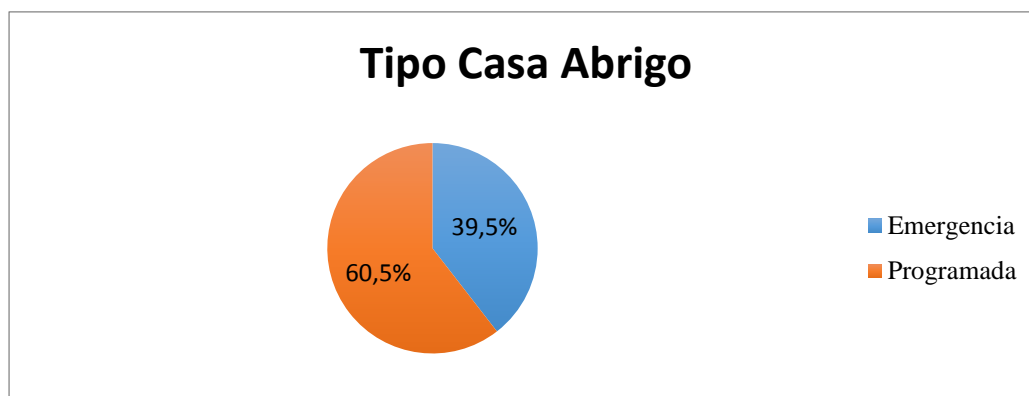


Figura 6 Tipo de casa-abrigo

Na figura pode-se verificar que 60,5%, das mulheres teve saídas programadas para casas-abrigo, cerca de 39,5%, saíram para casas de emergência. O que corrobora com o tempo de vitimização das mulheres, 61,7% referem que são vítimas de violência há mais de 4 anos, seguindo-se 14,8% entre 2 a 4 anos.

2.5 -TIPO DE ABORDAGEM DO ESTUDO

A abordagem que se segue é uma abordagem quali-quantitativa, dominando a perspectiva quantitativa, num estudo exploratório e descritivo.

A instituição hospitalar concedeu parecer sobre o interesse do estudo atual, sendo a resposta positiva, conforme (Anexo 4). O projeto foi submetido à Comissão de Ética do CHBM-EPE. Foi ainda submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora (Apêndice G, H).

Os enfermeiros do SUOG foram convidados a participar, respeitando-se as recusas. O consentimento informado (Apêndice I) foi apresentado à data de preenchimento do instrumento.

Como Instrumentos de avaliação; usamos Questionários(Apêndice J) aos EES-MOs, do SUOG CHBM-EPE. O questionário foi aplicado, além da primeira secção com as variáveis sociodemográficas, reflete as variáveis do estudo ocorrido em Espanha (Rojas-Loria, 2014).

Foi aplicado um pré-teste do questionário aos enfermeiros do serviço de obstetrícia e consulta externa de obstetrícia, a taxa de resposta do pré -teste foi de 100%.

Os questionários aos profissionais foram enviados através de aplicação computadorizada, por solicitação de contactos. A interface de entrada, apresenta o consentimento informado. Foi realizado um pré-teste através da aplicação gratuita lime survey. Uma vista do questionário está na figura 9.

Violencia & SMO

Atitudes e práticas de atendimento a mulheres vítimas de violência

0% 100%

G1SocioDemograficas
Sociodemograficos

• **G1.1 Qual a sua idade**
A resposta a esta pergunta é obrigatória.
Neste campo só é possível introduzir números.

• **G1.2 Sexo**
A resposta a esta pergunta é obrigatória.

☐ Feminino ☐ Masculino

• **G1.3 Instituição principal onde exerce a profissão**
A resposta a esta pergunta é obrigatória.

• **G1.4 Qual o serviço onde exerce a profissão**
A resposta a esta pergunta é obrigatória.

• **G1.5 Formação Académica. Indique a mais elevada**
Escolha uma das seguintes respostas
A resposta a esta pergunta é obrigatória.

☐ 1.Doutoramento

Figura 7 Vista do questionário pré-teste aos enfermeiros

Considera-se seguidamente a amostra de mulheres vítimas.

As mulheres foram abordadas primeiramente num convite à participação. Os critérios de seleção, além da designação em colaboração com a psicóloga, reportaram-se a saber ler e escrever em português. À data de preenchimento dos instrumentos, foi apresentado o consentimento informado conforme Apêndice C.

Os Formulários às vítimas/sobreviventes, que estiveram no período do estudo em casa abrigo, que aplica as dimensões do programa Chicago (Programa Chicago, 2013). Os Formulários às mulheres da Casa Abrigo foram entregues e devolvidos utilizando-se a figura do Psicólogo como intermediário, no sentido da menor intrusão no espaço protegido da vítima.

Tendo-se realizado os procedimentos de permissão junto da hierarquia da instituição conforme Apêndice D e os atos de consentimento informado, manteve-se a confidencialidade dos dados.

Os Formulários respondidos de forma anónima e codificados numericamente. Os dados foram tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 20. As questões que necessitaram de análise de conteúdo foram tratadas através da codificação das variáveis qualitativas, usando-se o software MaxQda na sua versão gratuita.

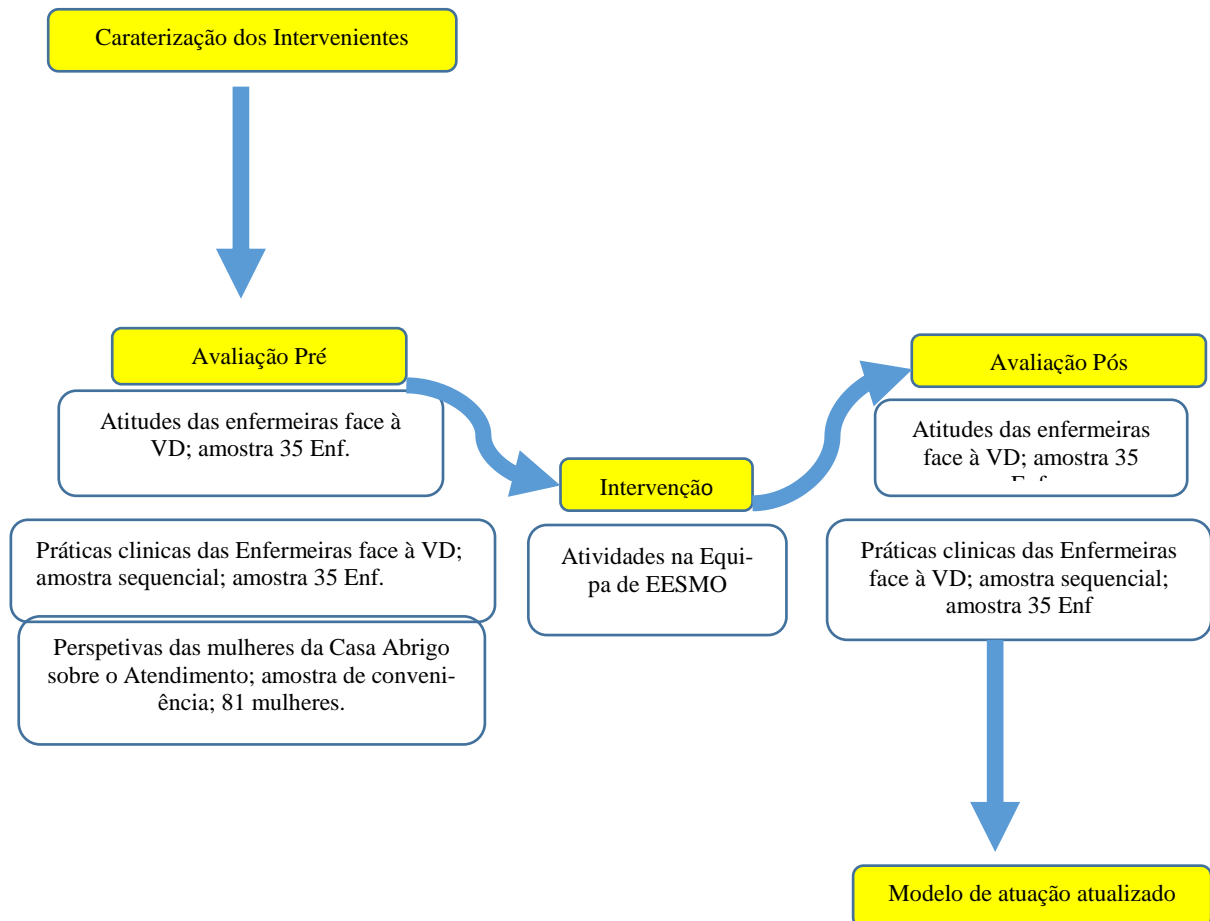


Figura 8 Diagrama do estudo

2.6 -NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Tendo como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da utilização do protocolo e registos da folha de triagem das mulheres vítimas de violência/violação tendo em conta que estas medidas promovam, a identificação da perceção dos enfermeiros sobre violência doméstica/violação, fizemos o diagnóstico da situação através da aplicação de um questionário para avaliar as atitudes de atendimento às víti-

mas de violência e adequar as intervenções de acordo com os resultados. De acordo com as respostas obtidas nos questionários aplicados à equipa de enfermagem (Apêndice E), foi possível detetar que existe ainda alguma discrepância nos conhecimentos com possíveis implicações na prática clínica, por parte dos profissionais aquando do atendimento e encaminhamento. Torna-se então relevante manter uma atitude de sensibilização na área da Violência Doméstica (VD) de modo a colaborarem ativamente no atendimento destas mulheres. Assim e após análise das sugestões dadas pelos enfermeiros, as necessidades sentidas dos mesmos são:

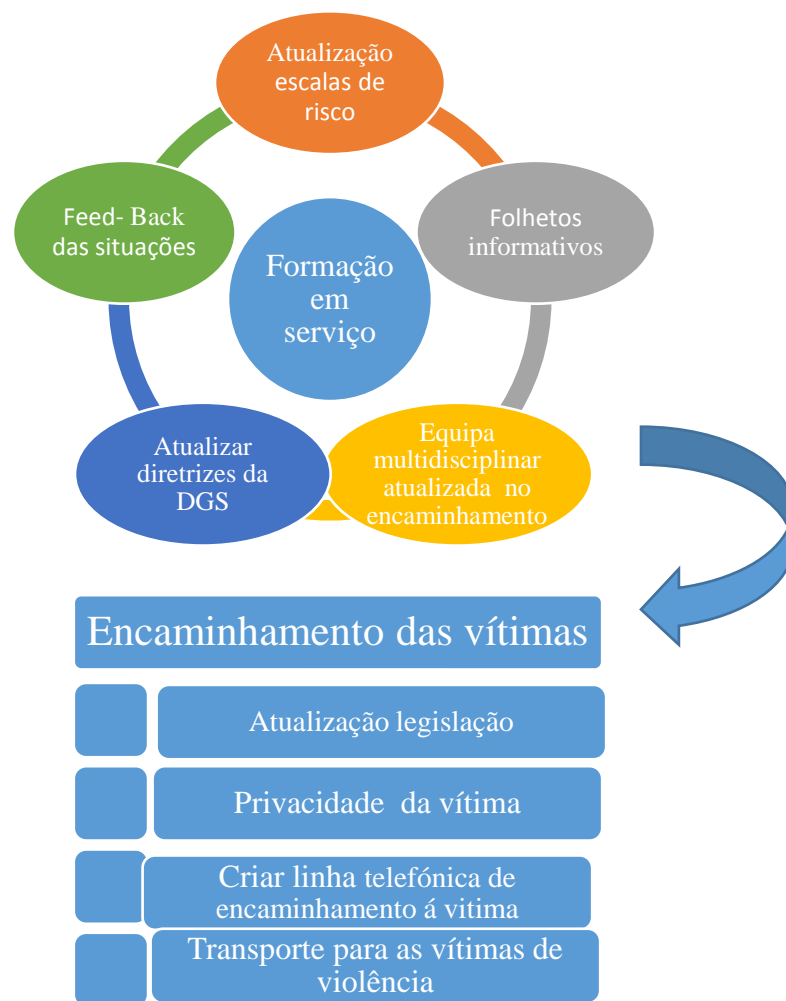


Figura 9 Necessidades dos Enfermeiros

A interpretação das necessidades mencionadas dos enfermeiros vai ao encontro do proposto para a reavaliação do projeto pré-existente, assim como as necessidades sentidas por parte das mulheres que necessitam de apoio no atendimento.

É importante que os enfermeiros reconheçam a VD como um problema de saúde pública fazendo parte da sua intervenção clínica; para isso é necessária formação para que haja atualização dos profissionais, relativamente ao tema VD, de forma a desenvolver competências pessoais e profissionais.

Pois este tema só ganhou relevância há poucos anos, pelo que a formação académica dos profissionais é quase nula nesta temática.

A introdução da escala de risco (Anexo 6) tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção integrada e adequada ao nível do risco, previamente identificado e avaliado.

É de sublinhar que um dos projetos propostos à instituição foi implementação de uma linha telefónica gratuita de forma a esclarecer e encaminhar vítimas de violência doméstica / violação, em 2010, porém não foi autorizado (Anexo 7).

Os profissionais deverão trabalhar a capacitação das vítimas para a tomada de decisão de forma informada e esclarecida.

Na análise da perceção das vítimas face ao atendimento, há referência acerca da falta de formação dos profissionais que as atendem, condicionantes para a vítima por razões organizacionais; falta de informação sobre a missão dos recursos existentes na sociedade; há perceção das atitudes de imparcialidade dos cuidadores; demora no encaminhamento das vítimas, revelando desconhecimento sobre o encaminhamento pelos serviços de saúde. Sentem vitimização contínua face a sua reorganização de vida em prol de manter o agressor no seu lar.

Os profissionais de saúde devem ter mais atenção quando existem crianças em ambientes familiares de violência. Contudo apesar destas referências 77,8%, das inquiridas não apresentou sugestões (Apêndice K).



Figura 10 Necessidades das mulheres detetadas no atendimento

3 – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Com aplicação do projeto pretende-se melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE.

A pesquisa bibliográfica efetuada teve como objetivo encontrar evidências científicas que comprovem os efeitos positivos e negativos face às atitudes dos profissionais de saúde no atendimento a estas mulheres vítimas de violência, justificando assim a necessidade da mudança de atitudes dos EESMO no atendimento. O presente projeto revela-se de extrema importância, uma vez que permite dar continuidade ao projeto já desenvolvido no serviço. A implementação de pequenas alterações contribui para melhorar os indicadores de saúde e assim caminhar para a excelência dos cuidados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1997) considera a violência de género um problema de saúde pública de âmbito mundial e menciona o atendimento das mulheres em situação de violência no serviço de saúde como extremamente importante, já que este é muitas vezes o único local procurado, pois estas podem adotar um padrão repetitivo de comportamento de maior recorrência ao serviço de saúde, devido aos efeitos crónicos das agressões na sua saúde.

Partindo da questão inicial sobre que tipo de atendimento e intervenções existem nos cuidados de enfermagem a prestar às mulheres vítimas de violência doméstica, considera-se relevante uma revisão sistemática de literatura (Apêndice L), que através de artigos científicos recentes e autores de referência, possa dar um contributo para uma intervenção e encaminhamento de enfermagem especializada no apoio a estas mulheres. Em Portugal são conhecidos poucos estudos acerca da VD e não existe nenhum com resultados acerca dos seus efeitos.

Como objetivos específicos do projeto, definiram-se 3 pontos:

- ✓ Descrever as atitudes dos EESMO quanto à violência contra as mulheres;
- ✓ Descrever as práticas de atendimento às vítimas de violência;
- ✓ Caracterizar a perceção da vítima quanto ao atendimento em meio hospitalar.

3.1-DEFINIÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO SUCESSO DO PROJETO

Em concordância com estes programas, as Organizações não Governamentais (ONG) e as estruturas locais divulgam o seu trabalho e investem na melhoria dos conhecimentos do apoio às vítimas de VD.

A violência surge como fator de risco na saúde da mulher e além das consequências diretas sobre saúde, aumenta os riscos na saúde futura. Estudos de prevalência têm colocado em evidência a sua incidência durante a gravidez, com associação direta ou indireta no bem-estar materno e fetal (Cavalcanti, Moreira, Vieira, & Silva, 2015; Rivas, 2015)

No exercício profissional, reconhecem-se comprometimentos e vontade de delinear cooperações para quebrar o ciclo de violência. Para haver sucesso da intervenção, há que saber como atuar, advogar em favor da vítima, conhecer a legislação, referenciar para rede de apoio, além de validar o risco com a vítima e de criar o plano de segurança. Os profissionais e os agentes executores nas instituições devem atualizar-se.

Existe um projeto de revisão do programa de apoio à mulher vítima de violência/violação “Acolher, informar, intervir”, instituído no SUOG do CHBM-EPE, que contempla atividades de diagnóstico de situação sobre o atual protocolo, recolha de dados em profissionais e mulheres em fase de recuperação, formação para atualização de conhecimentos e (re)construção de documentos.

Conquanto a pesquisa bibliográfica surge para justificar cientificamente a necessidade de mudança nas atitudes dos profissionais que prestam atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica. (Apêndice K)

Dos estudos selecionados para a revisão sistemática, emergiram duas categorias relativas às atitudes dos enfermeiros face ao atendimento das mulheres vítimas de Violência Doméstica: a primeira é referente a atitudes inadequadas e a segunda a atitudes adequadas perante o atendimento. Estas categorias vão ao encontro às necessidades dos profissionais de saúde do CHBM-EPE, assim como das lacunas referidas pelas mulheres no atendimento e encaminhamento efetuado por os profissionais em geral.

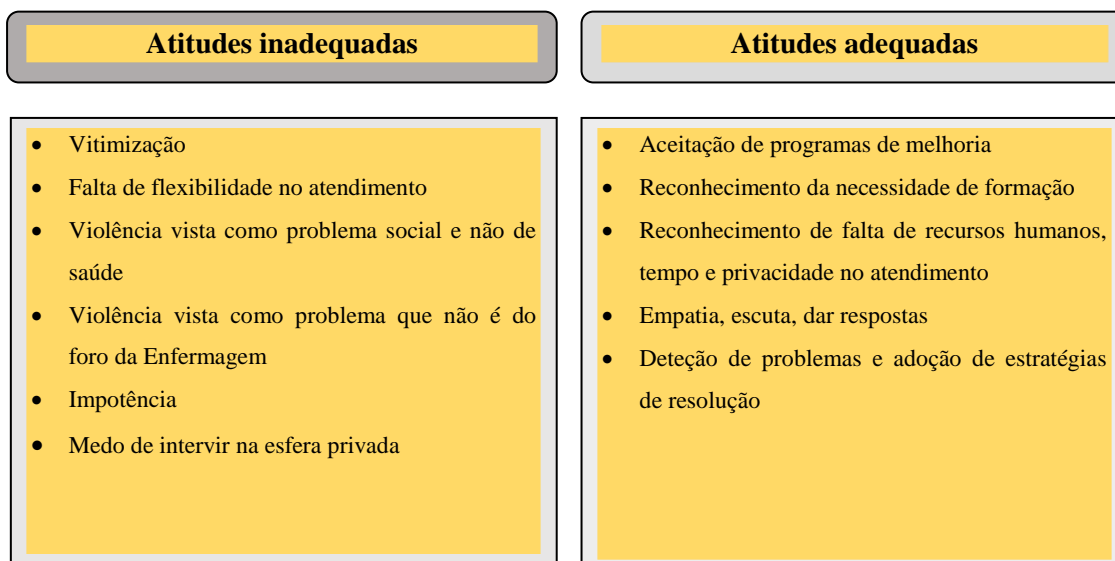


Figura 11 Atitudes dos profissionais nos estudos selecionados

Tomar consciência das atitudes adequadas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica permite-nos, enquanto enfermeiros, delinear estratégias para melhorar a nossa triagem e implementar procedimentos de atendimento com vista à melhoria e qualidade da sinalização e encaminhamento destas mulheres. Para além das atitudes presentes nos estudos selecionados, encontrou-se referência relativa a sugestões de melhoria pelos autores nos estudos referidos.

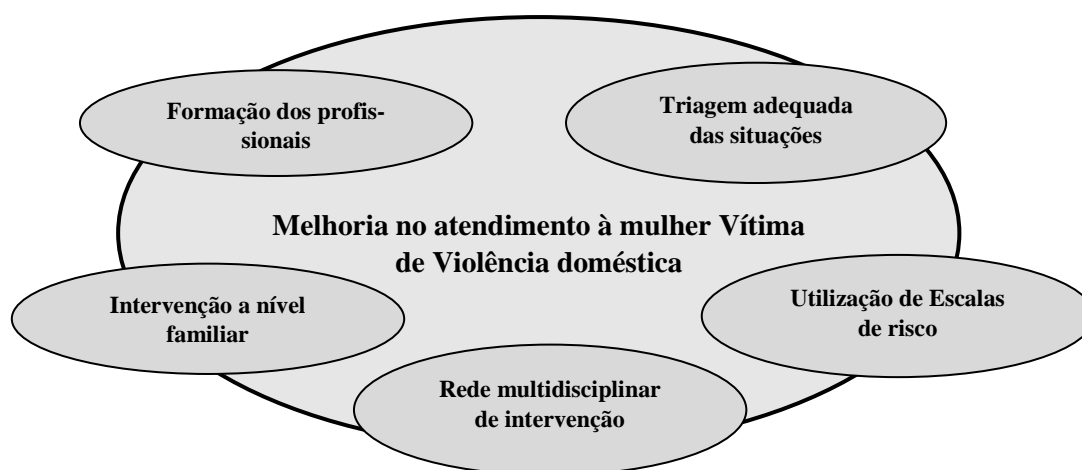


Figura 12 Sugestões de melhoria na abordagem da violência doméstica

A formação dos profissionais, foi o aspeto mais citado pelos estudos como resposta para a melhoria do atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Aliás, é a formação que pode facilitar a mudança de atitudes dos enfermeiros neste tipo de atendimento. Um dos estudos (Shamu, S., Abrahams, N; Temmerman; Zarowsky, 2013) refere que profissionais (parteiras) que tinham sido submetidas a formação na área conseguiam compreender o problema e encaminhar devidamente as situações, enquanto que profissionais (parteiras) que não tinham sido submetidas a formação não consideravam a violência doméstica um problema de saúde nem efetuavam o devido encaminhamento.

De acordo com as orientações da OMS, a qualidade do atendimento a estas mulheres é uma intervenção fundamental na organização e conhecimento das situações de violência doméstica. Os autores dos estudos acima citados frisam a importância da qualidade deste atendimento, assim como a importância da figura do enfermeiro como profissional de ligação na equipa multidisciplinar e redes de apoio.

As redes de apoio existentes em Portugal (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), Associação de mulheres contra violência (AMCV), Cruz Vermelha portuguesa (CVP), Rede de Apoio a Mulheres Sobreviventes Violência (RAMSV), Casas Abrigo, (Casas de emergência) têm uma intervenção importante a nível emergente e programado, que faz a ligação entre a Saúde, Câmaras Municipais e Forças de Segurança, como é referido pelos autores como situação de melhoria.

Os estudos corroboram com a perceção existente pelos profissionais e pelas vítimas de falta de formação, relativamente ao desconhecimento dos recursos da comunidade, da aplicação dos protocolos pré-existentes, assim como legislação para adequar os esclarecimentos e encaminhamentos.

3.2- ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO

A implementação do projeto a que se refere este relatório prevê a melhoria de boas práticas relativamente ao atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica/violação, no SUOG do CHBM-EPE. As atividades delineadas descritas seguidamente propuseram-se a cumprir os objetivos do projeto:

Identificar a perceção dos enfermeiros sobre Violência doméstica;

- Sensibilização a equipe multidisciplinar sobre a importância de um atendimento adequado a vítimas de violência doméstica;

- Sensibilização da equipa sobre a importância de analisar o plano de segurança(Anexo 8) com a vítima de violência doméstica;
- Operacionalização de estratégias para encaminhamento mais adequado e personalizado às mulheres vítimas de violência quando impedidas de regressar a casa pelo nível de risco;
- Sensibilização da equipa sobre um encaminhamento adequado as vítimas de violência doméstica utilizando os recursos existentes da sociedade;
- Realização de formação e divulgação do protocolo existente no serviço sobre mulheres vítimas de violência /violação;

Identificar a perceção da vítima (contexto casa abrigo) quanto ao atendimento em meio hospitalar;

- Preparação instrumentos com vista ao sucesso da intervenção;
- Ajuda às mulheres na capacitação para a tomada de decisões em situações de violência.

Pode-se afirmar que na generalidade os objetivos propostos foram alcançados, considerando assim que a revisão do projeto existente no SUOG do CHBM-EPE foi positiva. No entanto considera-se que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de otimizar os cuidados a estas utentes.

4- EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

A escolha do tema para o projeto teve em conta vários fatores. Primeiro, o investimento pessoal e profissional a esta temática desde 2005. Segundo, o tempo disponível para a realização do projeto e toda a pesquisa necessária para a sua concretização. Terceiro, a importância e pertinência da temática para o SUOG. Assim, considerou-se, que no intervalo de seis meses, esta seria a temática ideal para conseguir rever o projeto, executar e transportar para o papel e para a prática todo o percurso realizado.

A existência de profissionais que contribuam, para combater o fenómeno da violência, ainda que pequena parcela, pode ter efeitos muito importantes na intervenção integrada, sistemática e multidimensional. Os profissionais de saúde encontram-se numa

posição privilegiada, devido às características da sua área de intervenção, são os agentes ideais para fazer esta diferença.

Por fim esta é uma área de interesse para a instituição CHBM-EPE, o que lhe foi um fator facilitador.

4.1- APLICAÇÃO CONCRETA DAS ATIVIDADES

Para a elaboração do projeto de intervenção delineou-se um cronograma de atividades (Apêndice M) que possibilitou a descrição de forma detalhada, todas as etapas desenvolvidas no trabalho, tendo em conta os objetivos previamente definidos. Todas as atividades e intervenções foram efetuadas após ter sido realizado o pedido formal para a aplicação do projeto na instituição, ao Conselho de Administração e Conselho de Ética do CHBM-EPE:

Para esta atividade foi necessário ter como fio condutor o V Plano Nacional contra a violência doméstica, assim como diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde, “Violência interpessoal, abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, dez,2014”.

Seguidamente enumera-se as atividades efetuadas para atingir os objetivos específicos propostos.

- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre violência doméstica.
 1. Pesquisa bibliográfica acerca do tema;
 2. Redação de revisão sistematizada de literatura sobre a temática “atitudes dos enfermeiros face ao atendimento de mulheres vítimas de violência”
 3. Consentimento para questionários
 4. Aplicação de um instrumento colheita de dados (questionário),de forma avaliar os conhecimentos e perceção do atendimento efetuado pelos EESMO, às vítimas de violência doméstica;
 5. Reuniões com orientadora mensalmente.
- Identificar a perceção da vítima (contexto casa abrigo) quanto ao atendimento em meio hospitalar.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Envio do requerimento de autorização de aplicação dos Formulários às vítimas em contexto casa abrigo;
 3. Consentimento informado para as mulheres em contexto casa abrigo;

4. Reuniões com orientadora mensalmente
- Preparar instrumentos com vista ao sucesso da intervenção.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Construção do instrumento colheita de dados para aplicação à população de enfermeiros;
 3. Criação de plataforma através do mail onde se enviam os questionários dos enfermeiros por contatos previamente fornecidos e foram recebidos após seu preenchimento correto para análise de dados.
 4. Tratamento de dados através da aplicação IBM-SPSS® versão 20.
 5. Tratamento, por análise de conteúdo, dos formulários das mulheres foram tratados através da Codificação das variáveis qualitativas, usando-se o software para dados qualitativos.
 - Sensibilizar a equipe multidisciplinar sobre a importância de um atendimento adequado a vítimas de violência doméstica.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Planificação de ação de formação e apresentação da proposta de projeto; (Apêndice N);
 - Sensibilizar a equipa sobre a importância de analisar o plano de segurança com a vítima de violência doméstica.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Formação “Apresentação da análise dos dados obtidos através dos questionários” efetuada em passagens de turno com as equipas de forma personalizada (Apêndice O);
 3. Relembrar que existe plano de segurança implementado no serviço;
 - Sensibilizar a equipa sobre um encaminhamento adequado as vítimas de violência doméstica utilizando os recursos existentes da sociedade.
 1. Pesquisa bibliográfica
 2. Formação “Apresentação da análise dos dados obtidos através dos questionários” efetuada em passagens de turno com as equipas de forma personalizada;
 3. Relembrar a existência do protocolo existente no serviço;
 4. Dinamização através da ajuda aos elementos para cumprir o protocolo;

5. Relembrar quem são os parceiros da rede onde o CHBM-EPE se encontra integrado RAMSV.
- Proporcionar formação e divulgação do protocolo existente no serviço sobre mulheres vítimas de violência /violação.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Formação “Apresentação da análise dos dados obtidos através dos questionários” efetuada em passagens de turno com as equipas de forma personalizada ;
 3. Verificação da necessidade de alterar o protocolo existente;
 4. Apresentação de duas escalas de risco à equipa (Baseada Lista de Indicadores de risco recomendada pela CAADA para IDVAS e outras Instituições” Adaptada da checklist da polícia de South Wales) e a O BIG 26 (Duluth, Minnesota) que é utilizada por Associação de Mulheres Contra Violência (AMCV);
 5. Avaliação da necessidade introduzir na folha de triagem uma escala de risco.
 - Ajudar as mulheres e capacitá-las a tomar decisões em situações de violência;
 1. Pesquisa bibliográfica
 2. Formação “Apresentação da análise dos dados obtidos através dos questionários” efetuada em passagens de turno com as equipas de forma personalizada;
 3. Promover a auto estima destas mulheres enquanto triador das situações de violência;
 4. Não tentar dar falsas esperanças sobre assuntos que são do âmbito de outros profissionais (assistente social, tribunal...);
 - Operacionalizar estratégias que promovam o encaminhamento mais adequado e personalizado às mulheres vítimas de violência quando impedidas de regressar a casa, pelo nível de risco.
 1. Pesquisa bibliográfica;
 2. Formação “Apresentação da análise dos dados obtidos através dos questionários” efetuada em passagens de turno com as equipas de forma personalizada;
 3. Utilização de protocolo para encaminhamentos específicos, (como casas de emergência ou casa abrigo).

4.2– APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO NO TEMPO

A primeira ação de formação referida no projeto “Apresentação do projeto aos profissionais do CHBM-EPE”, foi programada em conjunto com a enfermeira responsável pela formação de forma a agendar a formação em serviço tendo-se cumprido a data. Ao preparar a ação de formação foi traçado um plano de ação com os objetivos gerais e específicos. Foi definido que seria apresentada através de PowerPoint, os quais se encontram no (Apêndice N). Esta ação decorreu no dia 17/05/2016, com a participação de 77,7% dos EESMO do SUOG. No final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da sessão, tendo em conta a apresentação, o conteúdo e as estratégias utilizadas, bem como o seu contributo para a prática. Segundo o relatório da formação do SOUG do CHBM-EPE, a classificação obtida na avaliação aos presentes foi entre o satisfatório e totalmente satisfatório.

A segunda formação intitulava-se “Apresentação da análise dos dados dos questionários dos enfermeiros sobre violência doméstica do CHBM-EPE”.

A formação foi programada com enfermeira chefe coordenadora, a enfermeira responsável da formação estava de férias. Tendo sido apresentada por várias fases a coincidirem com a presença das diversas equipas. Decorreu no período de 16/08/2016 a 31/08/2016. Foi definido que seria apresentada através de Power Point (Apêndice O), assim como alguns documentos em suporte papel,(protocolo, dois tipos de escalas de risco e vários exemplos de situações de violência doméstica para discussão).

Esta formação, além de apresentar os dados das necessidades e dificuldades clínicas dos enfermeiros, no momento do atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, foi utilizada para outros fins. Por exemplo discutiu-se na íntegra o protocolo existente e respetiva aplicação em situações de encaminhamento das vítimas, sobre o plano de segurança construído para o seu caso. Não menos sensível, um outro aspeto discutido entre os profissionais foi a importância de estimular na vítima a auto-estima. O atendimento da mulher vítima, teve neste momento de formação dos profissionais, um carácter bastante sublinhado na equipa.

Em continuidade desta formação, a metodologia de apresentação de casos, em situações hipotéticas criados para o momento, foi um ponto relevante (Apêndice P) . Colocados perante um “problema” estimulou-se nos profissionais participantes na ativi-

dade, o raciocínio e discernimento, de forma a que em simulação, pudessem treinar-se competências para otimizar o atendimento da mulher.

Todas as atividades previstas foram realizadas. Em algumas destas atividades observou-se algum atraso. De facto tal deveu-se a um alargamento da perspectiva de recolha de dados. Inicialmente previsto para a área do Montijo, entendeu-se oportuno alargar a aplicação a nível nacional, ou pelo menos ao continente. Tal levou a um atraso de fevereiro para maio de 2016.

Na atividade da aplicação do instrumento colheita de dados às mulheres vítimas de violência em contexto casa abrigo, a data limite era de março a abril de 2016 assim alargou-se até junho 2016, por consequência a análise de dados e a formação também se atrasou. Efetuou-se o tratamento de dados até em julho e a apresentação da formação inerente a apresentação dos dados apresentada em agosto.

Esta formação teve a participação de 67% de ESMOs do SUOG (Anexo 9). No final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da sessão, tendo em conta a apresentação, o conteúdo e as estratégias utilizadas, bem como o seu contributo para a prática. Segundo o Relatório da Formação do SUOG do CHBM-EPE, a classificação obtida na avaliação aos presentes foi entre o satisfatório e totalmente satisfatório.

5- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O projeto foi concretizado por etapas sendo que inicialmente foram feitas pesquisas bibliográficas sobre a temática, reuniões com superiores hierárquicos no sentido de ver qual a pertinência do projeto para o serviço e obtida autorização para aplicação do mesmo, caracterização das populações, reuniões pedagógicas.

Posteriormente executaram-se as atividades previamente estruturadas, para atingir os objetivos propostos, ajustando as estratégias.

As atividades desenvolvidas para melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE, revelam o trabalho de equipa que tem vindo a ser desenvolvido ao longo de anos e colocado em prática para melhorar a qualidade do atendimento destas mulheres através da aplicação do instrumento de colheita de dados elaborado pelos profissionais da Instituição.

Além dos benefícios para as utentes, acredita-se que indiretamente se atingiram benefícios para a prestação de cuidados.

Desenvolvimento de competências no acesso, consulta e análise de dados em bases científicas Ebsco, através da ligação à Ordem dos Enfermeiros e em acesso livre via Google Scholar.

Desenvolvimento de competências na análise de estatísticas descritivas

Desenvolvimento de conhecimento e utilização de aplicações informáticas e informatizadas, nomeadamente o programa SPSS e gráficos Excel, a plataforma Limesurvey, ferramenta de análise qualitativa MaxQda

No terminar do atual relatório a mestranda foi convidada a integrar o grupo multidisciplinar que representa a instituição, para discussão e implementação de protocolos de atuação e intervenção social na área da violência doméstica, para uniformizar procedimentos a nível nacional, emanados por DGS.

5.1 – APLICAÇÃO DOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DEFINIDOS ANTERIORMENTE

Os indicadores, tomando-se a expressão em termos gerais, constituem a representação de determinada evolução ou de desempenho, da qualidade de algo, da satisfação, da motivação. Aplicam-se assim em muitos contextos. Atualmente, por influência da gestão, usa-se também o termo *balanced scorecards* com o mesmo significado de indicador. Os indicadores operacionalizados estão associados a objetivos, que por seu

lado de maneira mais abrangente, se encontram inscritos num objetivo generalista. Não raras vezes através dos indicadores pode comparar-se a tendência da evolução.

A formação de profissionais, foi o aspeto mais citado pelos estudos como resposta para a melhoria do atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. É a formação que pode de facto facilitar a mudança de atitudes dos enfermeiros neste tipo de atendimento. De acordo com as orientações da (OMS,1997) a qualidade do atendimento a estas mulheres é uma intervenção essencial na organização e conhecimento das situações de violência doméstica. É necessário frisar a importância da qualidade do atendimento, assim como a importância da figura do enfermeiro como profissional de ligação na equipa multidisciplinar e redes de apoio.

As redes de apoio existente em Portugal (APAV, AMCV, CVP, RAMSV, Casas Abrigo, Casas de emergência), têm uma intervenção importante a nível emergente e programado. Estas organizações fazem a associação entre a Saúde, Câmaras Municipais e Forças de Segurança.

No entanto, há falta de formação nos profissionais, começando as lacunas em aspetos essenciais tais como o desconhecimento dos recursos da comunidade e da aplicação dos protocolos pré-existent. Este projeto incidiu na formação para munir os enfermeiros de conhecimentos mais específicos na área da violência doméstica e consciencializou os profissionais de atitudes menos adequadas no atendimento às vítimas.

No estudo atual utilizaram-se vários instrumentos que operacionalizaram os indicadores e numa perspetiva global, considera-se que houve sucesso. Seguidamente de forma mais detalhada, faz-se uma abordagem ao sucesso dos indicadores.

O projeto foi implementado com exceção da escala de risco pois nas reuniões multidisciplinares dos grupos de trabalho da DGS, pretende-se definir uma escala que seja aplicada a nível nacional. Porém a utilização de escalas de risco foi considerada uma máis valia para os profissionais que fazem atendimento a mulheres vítimas de violência. Na evolução do atual processo, a escala de risco está sob parecer do Concelho de administração, no sentido da sua introdução em fase posterior, a escala de risco de O BIG 26 “Minnesota”), por ser considerada pela equipe a mais completa e facilitadora.

Foi revisto o protocolo implementado no serviço chegando-se a consenso que se encontra atualizado face as diretrizes do V plano nacional contra a violência doméstica, alertou-se para a importância da uniformização da prática e dos registos de enfermagem. O folheto implementado no serviço (SUOG) como plano de segurança está homologado pela instituição, reforçou-se a intenção de validar o plano de segurança com a vítima.

Criou-se uma folha (Apêndice Q) para colocar a vinheta da vítima em dossier próprio, pois foi uma das fragilidades detetada na folha informatizada. Senão for devidamente preenchida e inserida estes dados perdem-se, ao ficar com a vinheta através do número do processo consegue-se recuperar dados.

5.2 - RESULTADOS REFERENTES AOS INTERVENIENTES NA VERTENTE DE INVESTIGAÇÃO

Os resultados que se apresentam seguidamente dizem respeito à amostra de mulheres e à amostra dos enfermeiros. Dado que em alguns momentos se colocaram questões semelhantes, quando oportuno, apresentam-se consecutivamente os resultados das duas amostras.

Considerem-se os resultados obtidos nos questionários das mulheres vítimas de violência. De acordo com a figura abaixo o entendimento da violência como problema de saúde pública supera o entendimento como problema social.

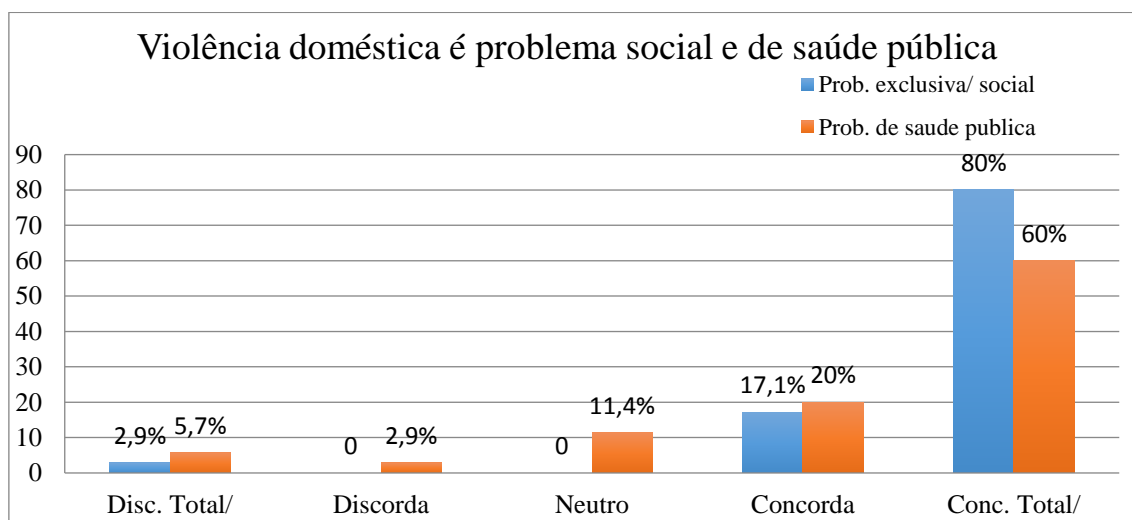


Figura 13 Opinião das mulheres sobre a Violência doméstica como problema

Relativamente à amostra dos enfermeiros, quando colocadas as mesmas questões e ainda sobre a VD como problema privado do casal, a maior representação vai para “concordo totalmente”; na consideração como “Problema social” 80%; como “Problema de Saúde” 60%; por outro lado “discordo totalmente” 68.5%, na consideração sobre “Problema do casal.”

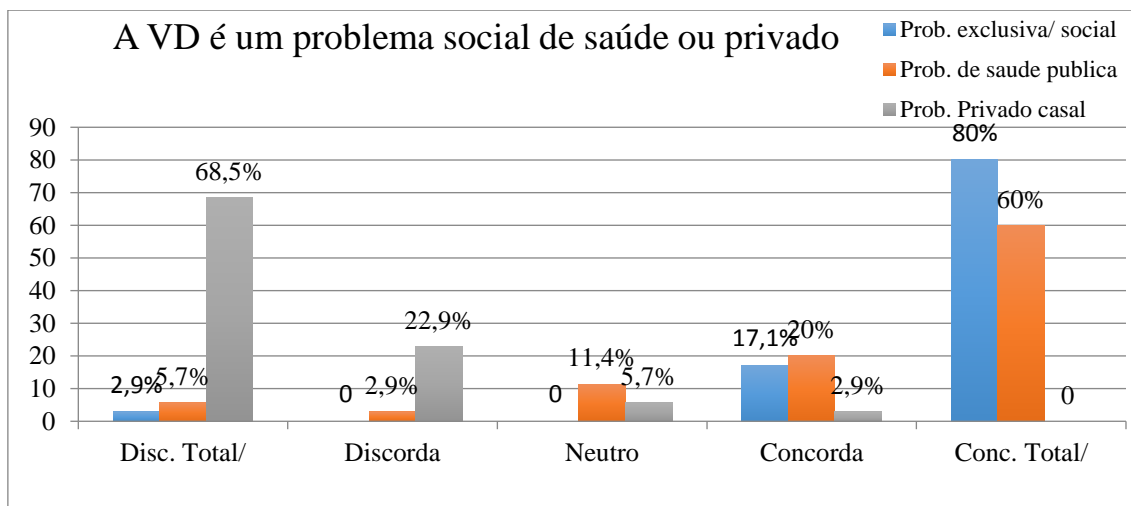


Figura 14 Opinião dos enfermeiros sobre a Violência Doméstica como problema

Resultados detalhados no Apêndice .Estes resultados não vão ao encontro daquilo que ao longo das várias leituras, se encontrou nos autores seleccionados para a revisão sistemática de literatura (Apêndice L).Grande parte dos autores refere que o atendimento efetuado pelos enfermeiros é muito limitado, também pela ambivalência existente se é um assunto de saúde pública ou se antes pelo contrário é um assunto do foro social.

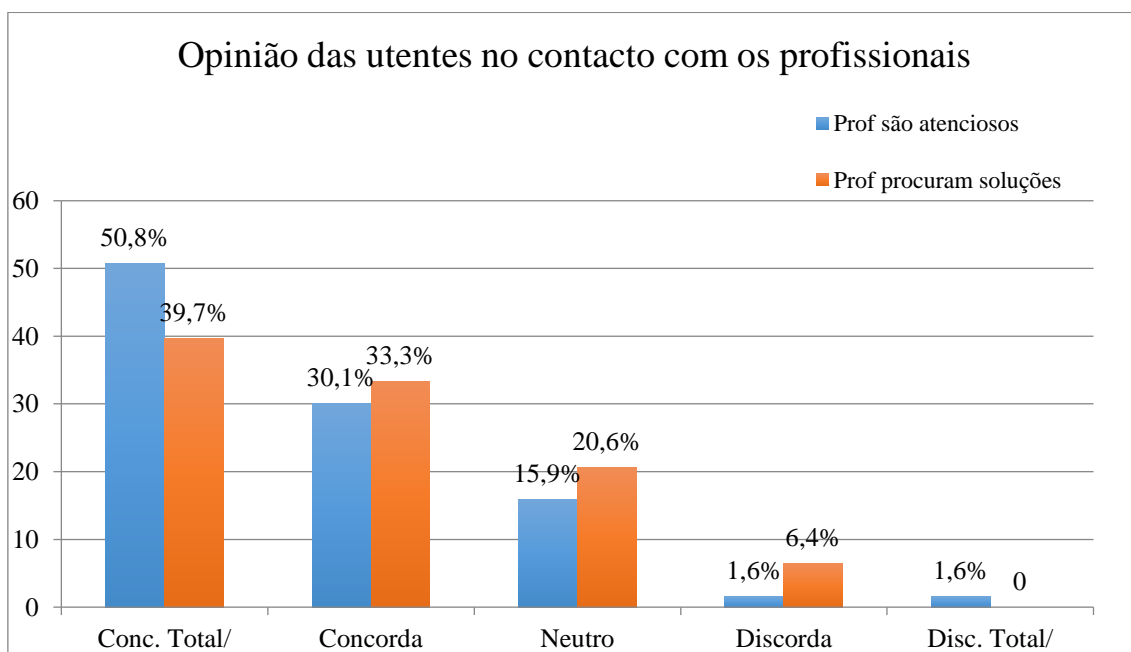


Figura 15 Opinião das utentes no contacto com os profissionais

As utentes na sua maioria refere que o atendimento dos profissionais às vítimas, são totalmente atenciosos 50,8%, procuram soluções 39,7%, concordam que foram atenciosos 30,1% assim como procuraram soluções 33,3%, as utentes relativamente a estas questões foram neutras 15,9% relativamente a atenção prestada, 20,6% para a procura de soluções.

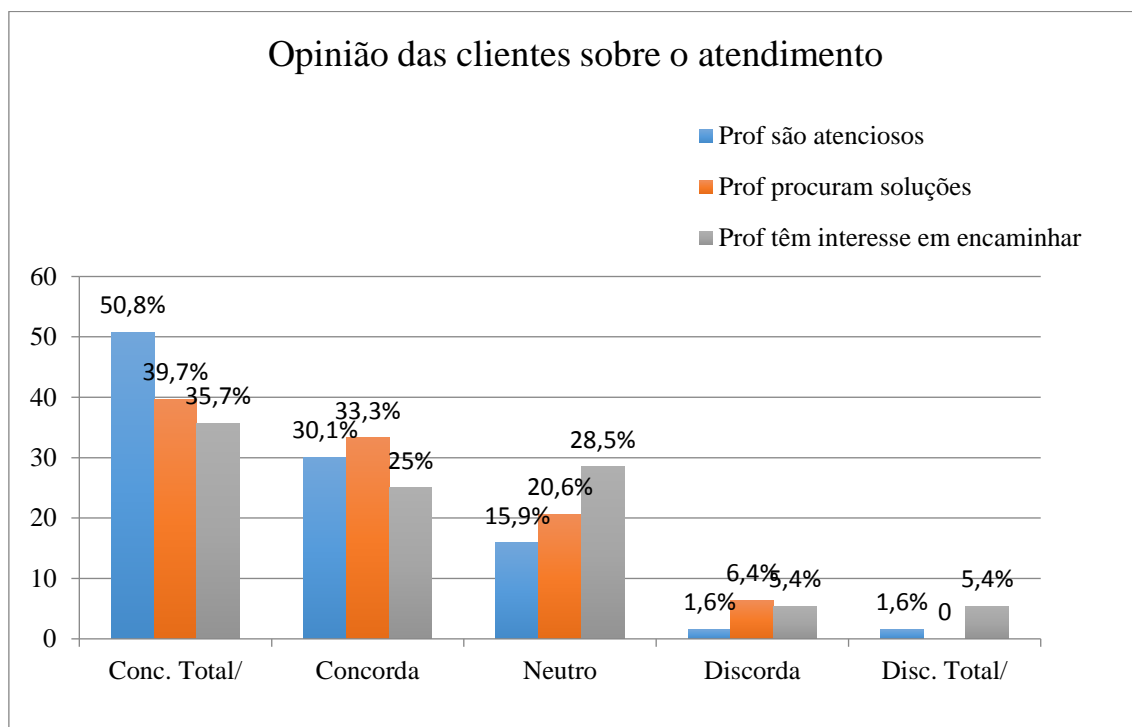


Figura 16 Opinião das utentes sobre aspetos do agir profissional

Relativamente às vítimas os resultados obtidos para a questão do profissional têm interesse em encaminhar, 35,7% concorda totalmente, 25% concorda, 28,5% são neutros, 5,4% discorda e 5,4% discorda totalmente. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos nas questões aos profissionais foram atenciosos e procuraram soluções.

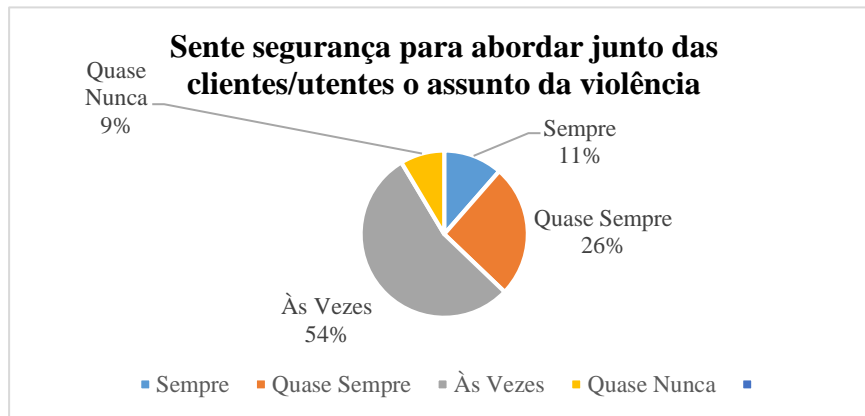


Figura 17 Nível de segurança dos profissionais na abordagem das clientes vítimas de violência

Nos questionários aplicados aos enfermeiros verificou-se que a questão sobre a “segurança sentida pelos profissionais para abordar junto das clientes/utentes o assunto da violência”, só 11% sente “sempre” segurança, 26% “quase sempre”. A maior representação está na categoria “às vezes” com 54% das respostas (figura 19).

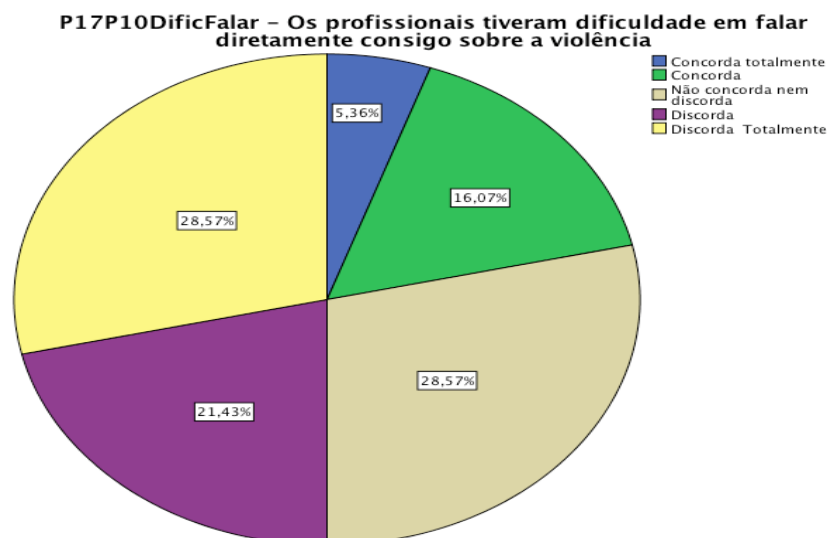


Figura 18 Dificuldades abordagem sobre VD

Será positivo que exista uma preocupação dos enfermeiros quanto a aquisição de competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, seja presencial, ou telefónica. Os profissionais devem estar sensibilizados para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais de vítimas de violência continuada.

As mulheres vítimas na questão comparativamente às dificuldades de os profissionais falarem diretamente com a vítima sobre violência doméstica, 3,7% concorda totalmente, 11,1%, concorda, 19,8% não concorda nem discorda, 14,8% discorda e 19,8% discorda totalmente.

Ao longo das várias análises feitas dos autores que foram selecionados grande parte deles corrobora que o atendimento efetuado pelos enfermeiros é muito limitado, por falta de formação relativamente ao tema violência doméstica, alegando também o constrangimento em fazer perguntas diretas às vítimas no âmbito da violência, a que estas mulheres estão sujeitas.

A análise feita nos questionários aplicados aos profissionais revela que a percentagem maior é de que o assunto incomoda assim como demonstram dificuldade na abordagem às mulheres vítimas de violência.

Os profissionais de saúde referem que a VD é um assunto que 3% incomoda sempre, 8% quase sempre, 43% às vezes e só 20% refere que quase nunca o incomoda e 26% não incomoda.

Na pergunta aos profissionais se evitam pergunta se são vítimas porque não sabem como perguntar, 23% refere que às vezes, 43% nunca, 23% quase nunca (Apêndice E).

As Mulheres vítimas referem que é importante os profissionais de saúde conheçam a legislação para poderem esclarecer face ao encaminhamento para os recursos da sociedade sendo que 69,1% concorda totalmente e 21% concorda.

Porém numa pergunta similar aos profissionais, se dominam os conteúdos da legislação para esclarecerem as vítimas no encaminhamento para os recursos da sociedade, 43% refere ter domínio suficiente e 37% domínio insuficiente o que vai de encontro às necessidades de formação na temática sentidas por ambas as populações

Assim os profissionais devem saber identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na VD e suas consequências para a vítima, reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima; o enfermeiro deve identificar as consequências da VD e saber que a maioria desses atos constitui crime previsto e punido no Código Penal e aplicável em situações de VD.

Em último recurso, apresentar queixa crime, mesmo contra a vontade da vítima naquele momento.

Contudo nesta análise chega-se a conclusão que 66,7% das vítimas foram encaminhadas por outros profissionais apenas 21% dos inquiridos foram encaminhados por

profissionais de saúde. Os profissionais que mais encaminharam foram Guarda Nacional Republicana (GNR), apoio à Vítima, seguindo-se da APAV e posteriormente Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

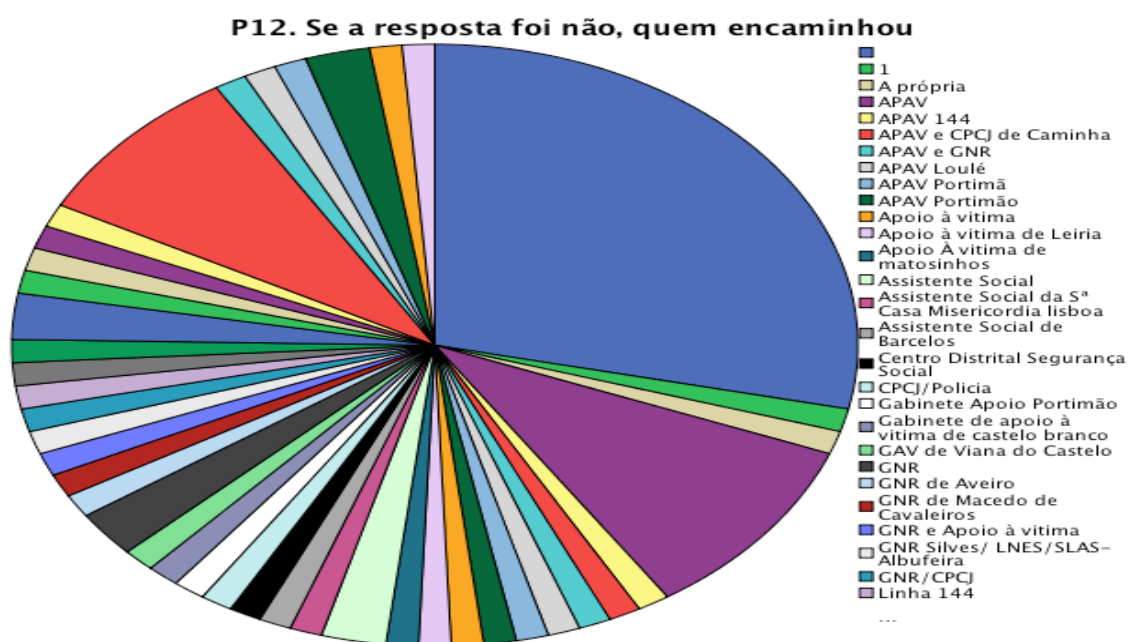


Figura 19 Quem encaminhou?

Das mulheres vítimas de violência, 66,7% concorda totalmente que o encaminhamento foi útil, 19,8 concorda, 6,2% não concorda nem discorda e 1,2 discorda totalmente.

Porém quando uma vítima de violência doméstica/violência Conjugal/violência nas relações íntimas, independentemente de ter já apresentado queixa ou não, toma a iniciativa de romper com o ciclo da violência e procurar ajuda, os profissionais têm a obrigação ética e deontológica de estar preparados para lhe oferecer um adequado e eficaz atendimento e/ou encaminhamento, evitando processos de vitimização secundária.

A rotura conjugal não é, no entanto, a única alternativa. A vítima pode desejar permanecer na relação conjugal, pretendendo que a violência seja interrompida, procurando uma forma de modificar o comportamento do seu companheiro ou, por vezes, desejando apoio emocional ou psicológico para si própria, sem abandonar a relação.

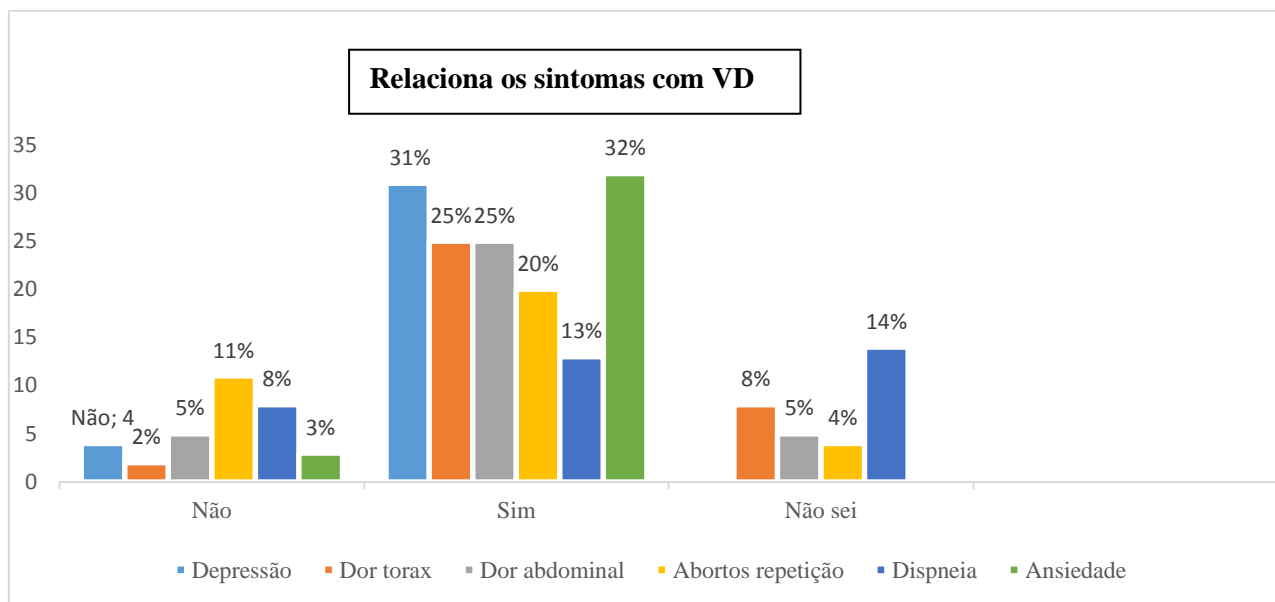


Figura 20 Motivo que leva as mulheres á urgência relaciona com VD

A maioria dos profissionais relaciona algumas queixas como: ansiedade, depressão, abortos repetidos, dor abdominal e tórax como queixas prováveis de VD. às queixas mais valorizadas são a ansiedade com 32%, seguindo-se depressão com 31% com 25% consideram dor tórax e dor abdominal os abortos de repetição apenas 20% considera e a dispneia 13%.

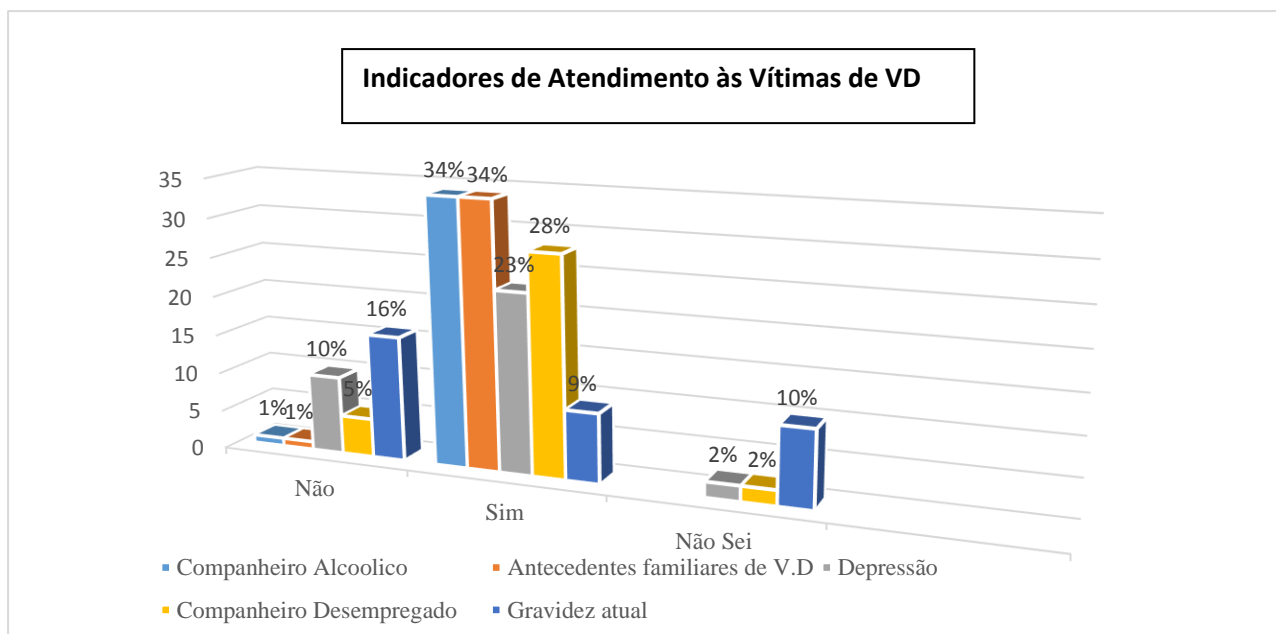


Figura 21 Indicadores de atendimento a vítimas de VD

Os profissionais quando do atendimento das mulheres vítimas de VD, majoritariamente têm atenção aos indicadores familiares tais como cerca de 35% consideram o companheiro alcoólico, 34% consideram os antecedentes familiares de VD, 28% têm em conta se o companheiro é desempregado, 23% consideram a depressão e 9% a gravidez atual.

Na sua atividades clínica e referindo-se aos documentos referentes à vítima, os profissionais respondem da seguinte forma à questão “entrega e avalia o Plano de Segurança”: 3% nunca entrega, 3% quase nunca, 71% entrega sempre e 23% quase sempre. Ou seja, embora sem atingir os 100%, a grande maioria dos profissionais age em consonância. O ideal seriam contudo ao 100% pois o atendimento de cada caso de violência representa um fator positivo para a recuperação destas mulheres.

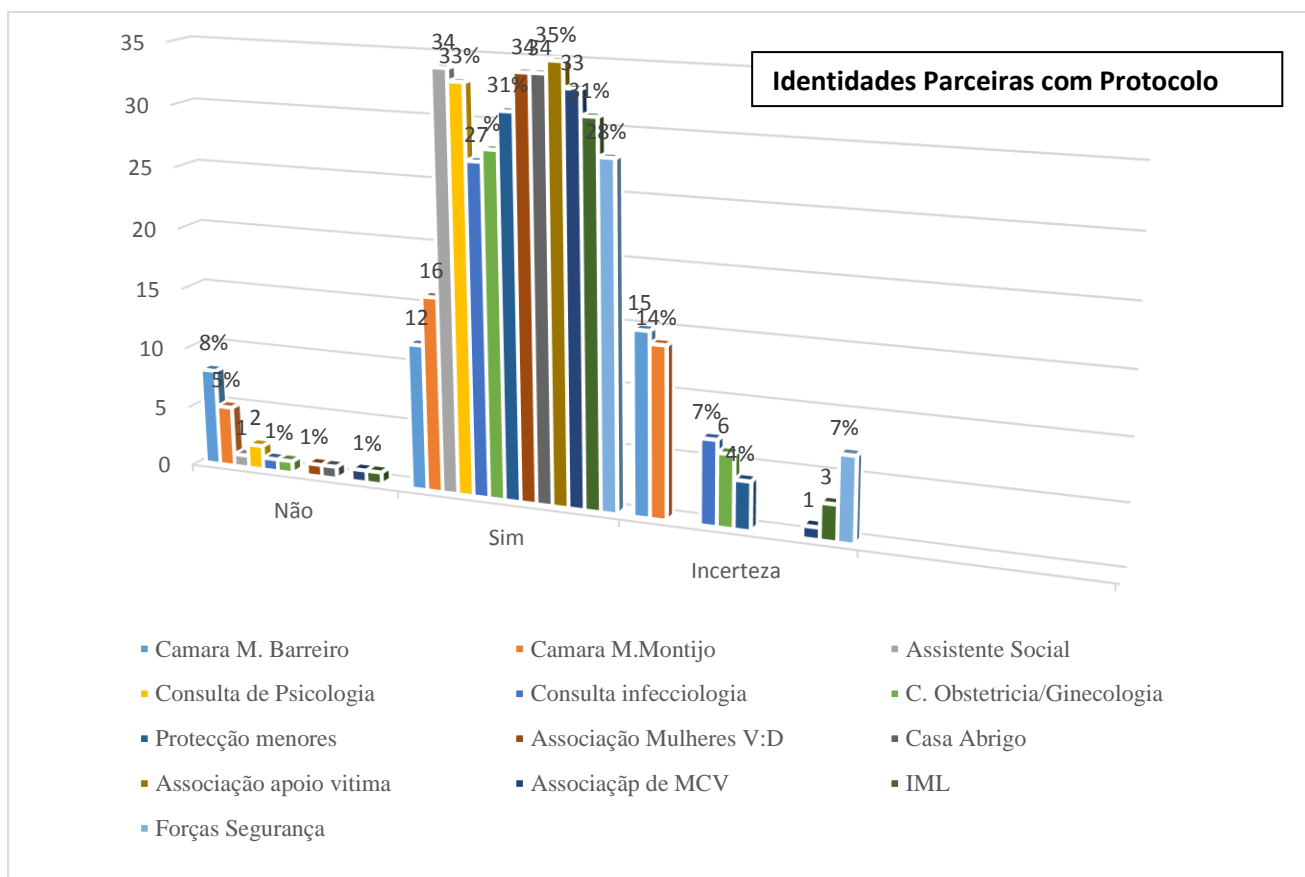


Figura 22 Identidades que fazem parceria com protocolo

Quando se questionam os profissionais sobre quais as entidades parceiras, no âmbito do Projeto contra a violência, os profissionais do CHBM-EPE consideram todas as hipóteses colocadas, , que fazem parceria com protocolo existente, acham que todas as entidades fazem parte da rede de apoio à vítima se V.D. onde menor incidência das respostas são na PSP e Assistentes sociais, seguindo da consulta de infeciologia, sendo que a Câmara do Barreiro não faz parte da parceria da rede.

Questionados os profissionais sobre o facto de conhecerem ou não escalas de risco para vítimas de violência doméstica, naqueles que responderam, os dados mais representativos vão para 60% que não conhecem, seguindo-se de 31% que conhecem e 9% que não sabe. Pode-se verificar os dados na figura seguinte.

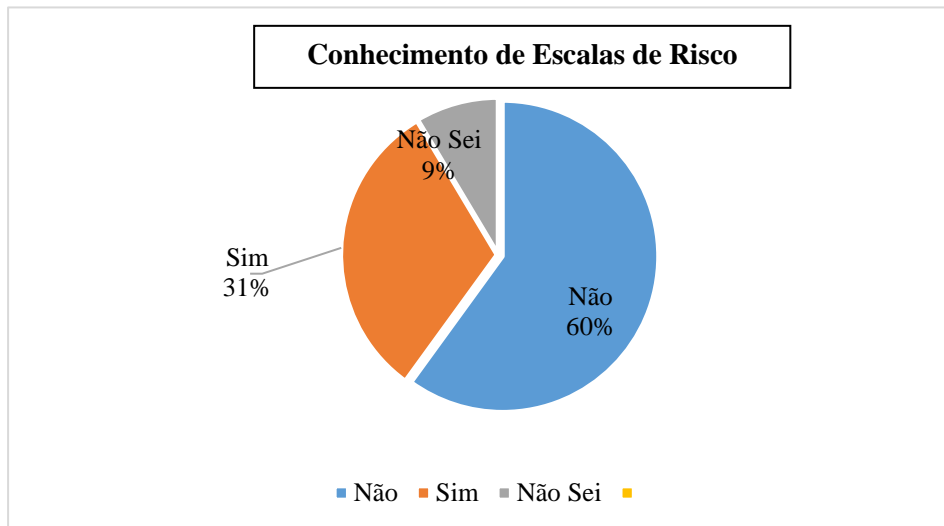


Figura 23 Conhecimento de escalas de risco

Na questão que se coloca aos profissionais se consideram apropriada a inserção da escala de risco na folha de triagem, ao que respondem 3% não acham apropriado, 14% não sabe e 83% considera apropriado. Como se pode verificar na figura abaixo.

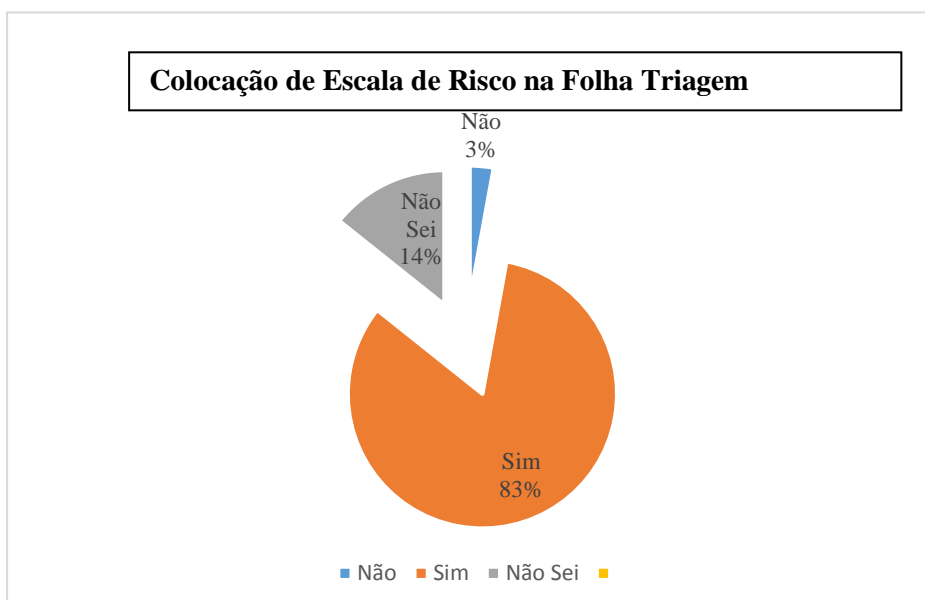


Figura 24 Adequação da colocação de escala de risco na folha triagem

O profissional tem o dever de apoiar a mulher, seja qual for a sua decisão, de informar clara e objetivamente sobre os seus direitos e os procedimentos a tomar, bem como das implicações e consequências de cada um deles. Avalia o risco em que se encontra (e filhos, quando os há), encaminha para os diferentes tipos de apoio de que necessita, elabora relatórios das ocorrências e se necessário, planos de segurança. Deve também alertar para o perigo de retaliações ou para um eventual aumento da violência por parte do agressor no momento em que seja notificado no âmbito do inquérito criminal que venha a ser aberto, particularmente se se mantiver a coabitar com ele.

Através de melhores práticas, apoiadas na pesquisa científica, contribui-se para o aumento da satisfação do atendimento aos cuidados de enfermagem prestados. Concorde-se com os autores referidos, que a formação é um agente de mudança de atitudes, no atendimento das vítimas de violência doméstica.

Em ganhos de saúde, o CHBM-EPE, através deste projeto, por contatos com outras entidades, ganhou-se representação presencial, por convite, no Grupo de Trabalho Multidisciplinar para discussão de formulários, projetos, de implementação a nível nacional. Grupo instalado nas metas da Direção Geral de Saúde. Tal dá visibilidade à temática da violência sobre as mulheres, à instituição CHBM-EPE e à área de especialização em ESMO. De facto partindo de um tema de maior intimidade, rentabilizando o desenvolvimento académico e na busca de contribuir para a resolução de um problema verdadeiramente grave na saúde e na sociedade, o EESMO contribui para o bem-estar da Mulher/Família alargando à comunidade.

5.2.1 – Indicadores de Continuidade

Como Indicadores de evolução ou de continuidade do projeto, referem-se os seguintes. Desde o início do atual projeto até ao momento de encerramento do presente relatório, alguns indicadores mostram os benefícios:

- a) A triagem informática do registo das vítimas é visível em 6 casos, que correspondem a 100% dos entrados por motivos de violência, desde a implementação do projeto;
- b) Consulta da responsável do projeto em situação de duvida, registo e respetiva satisfação;
- c) Maior frequência da entrega do Plano de Segurança, no caso em 100% dos casos desde a implementação do projeto.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto elaborado enquadrou-se no Estágio Final e serviu de fio condutor para a aquisição de competências EESMO na temática da violência doméstica.

Os objetivos do projeto foram atingidos. Em espera, para resolução institucional da hierarquia, encontra-se o impresso da Escala de Risco. Esta implementação encontra-se atualmente em debate nos grupos de trabalho nacionais.

O atual relatório trouxe satisfação pessoal, na medida em que foram atingidos também aspirações pessoais e desenvolvimento. De facto, existiu convívio com informação científica sobre a matéria, desenvolveram-se competências em aplicações informáticas, treinou-se a recolha e análise de dados. Foram colhidos elementos, informações, competências e saberes que concorrem para um melhor desempenho profissional. A atuação como EESMO junto destas mulheres, sairá beneficiada. Esta é uma dimensão profissional verdadeiramente interessante.

A formação em serviço traduziu-se, no imediato na consolidação e aquisição de conhecimentos mais aprofundados no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica. Por outro lado, a relembrar a utilização de documentos orientadores, reforçar todas as informações facultadas de forma sistematizada, homologado pela instituição, constituem uma ferramenta importante na integração de novos elementos de enfermagem nos respetivos serviços. Procurar evidência científica é uma tarefa que tem enquadramento na clínica. Cada vez é mais emergente na nossa profissão, em particular nesta especialidade, dado que a expectativa dos utilizadores de serviços de saúde é cada vez mais alta. Por outro lado, a circunstância da formação académica, ao colocar desafios, torna-se fator de desenvolvimento, para atingir desenvolvimento

O presente relatório permitiu efetuar uma importante e necessária reflexão sobre a conduta pessoal-profissional na prestação de cuidados diferenciados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Para a consciencialização das competências adquiridas e para seguir o caminho traçado nesta área da violência doméstica é necessário ter presente, que não raras vezes a 1ª agressão por parte do companheiro é durante a gravidez.

Resta transmitir que a súmula deste projeto significa o concretizar de um intento pessoal que exigiu empenho. Empenho exigente, mas simultaneamente num âmbito em que me satisfaz trabalhar. Todo o pequeno contributo profissional pode fazer a grande diferença para estas mulheres vítimas de violência doméstica.

7- REFERÊNCIAS

- APAV. (2015). *Estatísticas APAV. Relatório anual 2014*. (pp. 25). Retrieved from http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf
- Baraldi, A. C. P., Almeida, A. M de., Perdoná, G., Vieira, E. M., & Santos, M. A dos. (2013). Perception and Attitudes of Physicians and Nurses about Violence against Women. *Nursing Research and Practice*, pp.1-7. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/785025>
- Cavalcanti, L., Moreira, G., Vieira, L., & Silva, R. (2015). Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saúde em debate*, 39(107), 1079-1091.
- Council of Europe. (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Retrieved from https://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/03themes/violence-against-women/Conv_VAW_en.pdf
- DGS (2014). Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida - *Violência Interpessoal Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (Dez.2014) http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/dgs_manual_profissionais.pdf
- Flores, M. E. M., Corona. Y. J., Urbina, M. G., Hernández, G. M., Vera, R. S., & Zapata, H. R. (2006). Conocimientos y actitudes del personal de enfermeira sobre la violencia de género. *Perinatologia Reprodutiva Humana*, 20(4): 69-79. Retrieved from: www.imbiomed.com.mx
- Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Luso-didacta. Soc.Port.de material didático, Lda.
- Gomes, N.P., Silveira, Y.M., Dinis, N.M.F., Camargo, L.C., & Gomes, N.R. (2005). Identificação de violência na relação conjugal a partir da estratégias saúde da família. 22(3): 789-796. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000300027>.
- Hooker, L., Rhonda, S., & Taft, A. (2015). Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: process evaluation from a 2-year follow-up of the Move trial. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3): 533-544. Doi: 10.1111/jan.12851.

- Jones, C. B., & Taylor, J. (2013). Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection. *Nursing Philosophy*, 14: 295-304. Retrieved from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24034160
- Jones, C. B., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 23: 3057-3068. Doi: 10.1111/jocn.12534.
- Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República, 152 C.F.R. (2009).
- Lei nº 107/1999 de 03 agosto rede pública de casa de apoio. Criação de rede pública de casa de apoio a mulheres vítimas de violência.
- Lopes, M., Gemito, L., & Pereira, F. (2012). *Violência Doméstica. Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora*. Évora: Universidade de Évora.
- Meleis, Afaf Ibrahim; Sawyer, Linda; Im, Eun-Ok; Messias, DeAnne; Schumacher, Karen (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1) 12–28. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=c72c172c-d8f2-4f31-8ed2-819268fb9e05%40sessionmgr13>
- Mican, I. D., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing*, 20(3): 155-160. Doi: 10.1097/JTN.ObO13e3182a171b1.
- Ministério da Administração Interna Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna. Violência Doméstica - 2014. Relatório anual de monitorização. (Agosto 2015). Retrieved from www.sgmai.mai.gov.pt
- Moreira, R. (2012). Violência doméstica como fator de risco na gravidez. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12:7-9. Disponível em: https://c96c8c75-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/revistaapeo/revista-no-12-2012/12artigo2/Rev12APEO_2_viol%C3%Aancia%20dom%C3%A9stica.pdf
- Natan, M. B., Ari, G. B., Bader, T., & Hallak, M. (2011). Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective. *International Nursing Review*. 59(1): 108-114. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2011/00931.X.

- O'Doherty L., Hegarty K., Ramsay J., Davidson L., Feder G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
- Ojeda, T. E. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violência sexual. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, Enero-Março; 52(1): 21-27. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf
- Oliveira, A.M.N., Silva, A.M.P.A., Prestes, H.S.B., & Silva, B.T. (2015). Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: Preventing domestic violence. 24(2):424-431.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000092014>.
- OMS (1997). The World Health Report. Retrieved from: <http://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=24&codcch=1997>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em Maio 13, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido em Maio 13, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialita.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Acedido em Maio 13, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). REPE e Estatuto da ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 22, 2013, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Portugal, Conselho de Ministros (1999). Plano Nacional contra a Violência Doméstica. RCM nº 55/99, de 15 de junho, DR 137/99, I-B


- Portugal, Conselho de Ministros (2003). III Plano Nacional para Igualdade-Cidadania e Género (2007-2010) RCM nº 82/07, de 22 de junho.
- Portugal, Conselho de Ministros (2003). II Plano Nacional contra a Violência Doméstica 2003-2007. RCM nº 88/2003.DR, I série B, nº154, 7 de julho, de 2003, p.3866-3871.
- Portugal, Ministério da saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
- Portugal- Presidência de Conselho de Ministros: Comissão para a cidadania e Igualdade de género (2009). Igualdade de Género em Portugal. 3ª Edição. Retrieved from: http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/igualdadede_genero2009_miolo.pdf
- Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro, 253 C.F.R. (2013).
- Rivas C., Ramsay J., Sadowski L., Davidson L., Dunne D., Eldridge S., Hegarty K., Taft A. & Feder, G. (2015). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD005043. DOI: 10.1002/14651858.CD005043.pub3
- Salcedo-Barrientos, D. M., Gonçalves, L., Oliveira, J. M., & Egry, E. Y. (2011). Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenómeno à realidade cotidiana. *Avances en Enfermeria*, 29(2): 353-362. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a14.pdf>
- Santos, J., Andrade, R. L. de., Reis, L. A. dos., & Duarte, S. F. P. (2014). Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. *Revista Baiana de Enfermagem*, Set.-Dez.; 28(3): 260-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i3.9255>.
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, & Zarowsky. (2013). Opportunities and onstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe. *Culture, Health & Sexuality*, 15(5): 511-524. Retrived from: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2012.759393>
- Silda, L. E. L. da., & Oliveira, M. L. C. de. (2015). Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência Saúde Colectiva*, 20(11):3523-3532 Doi: 10.1590/1413-812320152011.113002014.

- Tower, M. T., Rowe, J., & Walls, M. (2012). Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemporary Nurse*, October; 42(2): 216-225. Doi: 10.5172/conu.2012.42.2.216
- UN-WOMEN. (1995). Platform for Action. The United Nations. Fourth World Conference on Women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosis>
- UN-WOMEN. (2009). Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>
- Vieira, E. M., Perdoná, G. C. C., Almeida, A. M., Nakano, A. M. S., Santos, M. A. dos., Daltoso, D., & Ferrante, F. G. de. (2009). Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 12(4): 566-577. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590-S1415-790X2009000400007>.
- Visentin, F., Vieira, L. B., Trevisan, I., Lorenzini, E., & Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion Y Educacion en Enfermería*. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>.
- WHO. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (pp. 57). Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25159/teoria-de-betty-neuman#ixzz48m7i7dQ>.

APÊNDICES

APÊNDICE-A

Proposta de Projeto (Modelo T- 005)

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2015 / 2016

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA


☐ Aprovado ☐ Não aprovado

Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

concordo com o projeto

Data: 15/03/2016 Assinatura: 

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Irene dos Santos Cristina

Curso: Mestrado profissional de Saúde Materna e Obstétrica

Especialidade: _____ Número: m34838

Ciclo de Estudos:
 ☐ 3.º Ciclo ☒ 2.º Ciclo ☐ Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 924050873 E-mail: irene.cristina@sa.uevora.pt

5. PROPOSTA

☒ Entrega de 1.º Projeto ☐ Entrega de Projeto Reformulado ☐ Entrega de 2.º Projeto por Reingresso
☐ Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Violência contra as mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospital Barreiro - Montijo. EPE.

Título em Inglês:

Violence against women. Review of Institutional Project in Centro Hospital Barreiro - Montijo. EPE.

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de Investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da Investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração de aceitação) Nome: <u>Prof.ª Maria Margarida Santana Fialho Sim - Sim</u> Universidade/Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem São João de Deus / Universidade Évora</u> Telef.: <u>936171517</u> E-mail: <u>msimsim@uevora.pt</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ Telef.: _____ E-mail: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE Área Disciplinar do Trabalho: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Violência Doméstica; Violência contra as Mulheres; Violência Sexual.</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA <u>Violência Contra as Mulheres</u>				
12. RESUMO <u>Em anexo.</u>				
13. PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção) 				
15. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Comissão de Ética da Universidade de Évora</u>	16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Data Assinatura </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <u>31/03/2016</u> <u>Irene dos Santos Cristina</u> </div>			
17. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Recepção <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Registo <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Observações: </td> </tr> </table>		Recepção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Recepção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		

12. RESUMO

A visibilidade do fenómeno da violência entre pessoas que partilham espaços comuns, habituais, familiares ou privados tem aumentado. Tendem a ser mais público o(s) conflito(s) outrora assumidos como próprios do casal, ou carregados como destino do sexo feminino. Através da Conferência de Pequim, chega à discussão na Organização das Nações Unidas (ONU) o tema da Violência contra as Mulheres (VCM). Ganhou-se a expectativa de atingir igualdade, desenvolvimento e paz (UN-WOMEN, 1995). O conceito de violência baseada no género, anterior a Pequim e presente em vários documentos da ONU, reporta-se a violência dirigida à mulher, porque é uma mulher ou afetando desproporcionalmente a mulher (UN-WOMEN, 2009). O conceito refere-se na forma, em consumação ou ameaça de violência física, sexual, psicológica, perseguição, coerção ou impedimento de liberdade. Estende-se ainda a atos de rapto, mutilação genital ou outros culturais deste tipo. Na violência de género considera-se a “mulher” independentemente da maior ou menor idade.

Na violência de género, inclui-se a violência doméstica (VD), a mais comum entre as diferentes formas de violência. O conceito de VD inscrito na reunião de Istambul define um quadro de atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem dentro da família ou unidade doméstica ou entre atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o perpetrador partilhe ou tenha partilhado ou não o mesmo domicílio com a vítima. Na mesma conferência, o conceito de VCM, é considerado uma violação dos direitos humanos, uma forma de discriminação contra as mulheres e significa todo o ato baseado na violência de género, que resulta ou tem probabilidade de resultar em agressão física, sexual, psicológica ou económica, ou causa sofrimento à mulher, incluindo ameaça destes atos, coerção, privação de liberdade, tanto ocorram em público como na vida privada (Council of Europe, 2011). Esta definição transmite assim as várias tipificações dos crimes ocorridos contra as mulheres. A VD é um grave problema de saúde pública e os profissionais de saúde têm um papel crucial dada a maior acessibilidade (WHO, 2013).

Das recomendações emanadas por organizações internacionais, tais como ONU e OMS saem diretrizes que a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG), tem vindo estabelecer através de vários planos. O último é V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e do Género (2014-2017) ("Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro," 2013). Com base nestes planos, cada instituição cria condições para prevenir, esclarecer, intervir e encaminhar estas vítimas. No Centro Hospital Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM-EPE), no ano de 2005, foi implementado no Serviço de Urgência Geral, o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação – acolher, informar e intervir. Surgiu assim da necessidade de melhor identificação, intervenção e encaminhamento das mulheres-vítimas. Em 2008 e por necessidade de resposta eficaz às mulheres admitidas em situação de violação, alargou-se o programa ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Em consonância com estes programas, as ONG e as estruturas locais divulgam o seu trabalho, investem na melhoria dos conhecimentos e do apoio às vítimas de VD. Por outro lado, as instituições as associações e a evolução, do quadro legal ajudam as sobreviventes no sentido da maior rapidez para atingir os seus direitos e apesar das lacunas legislativas, conseguem atingir a Casa Abrigo ("Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República," 2009; Lopes, Gemitto, & Pereira, 2012). A violência surge como fator de risco na saúde da mulher e além das consequências diretas sobre saúde, aumenta os riscos na saúde futura. Estudos de prevalência têm colocado em evidência a sua incidência durante a gravidez, com associação direta ou indireta no bem-estar materno e fetal (Cavalcanti, Moreira, Vieira, & Silva, 2015).

No nosso país, os casos de VD delatados formalmente estão em crescendo (i.e. 2013-2014: 12,4%), e em 2014 registam 6774, ou seja cerca de 18.6 por dia, 130 por semana (APAV, 2015). Os dados no CHBM-EPE mostram aumento de violações (7 vítimas) e diminuição de violência doméstica (5 vítimas), sendo 1 vítima grávida.

No exercício profissional reconhecem-se responsabilidades e vontade de empreender contributos para quebrar o ciclo de violência. Para haver sucesso da intervenção, há que saber como atuar, advogar em favor da vítima, conhecer a legislação, referenciar para rede de apoio, além de validar o risco com a vítima e de criar o plano de segurança. Os profissionais, agentes executores nas instituições devem atualizar-se. Desta forma, propõe-se um trabalho cujo objetivo geral é: Rever o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação “**Acolher, Informar, Intervir**”, instituído no SUOG do CHBM-EPE. O projeto contempla atividades de diagnóstico de situação sobre o atual protocolo, recolha de dados em profissionais e mulheres em fase de recuperação, formação para atualização de conhecimentos e (re)construção de documentos.

Referências

APAV. (2015). *Estatísticas APAV. Relatório anual 2014*. (pp. 25). Retrieved from http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf

- Cavalcanti, L., Moreira, G., Vieira, L., & Silva, R. (2015). Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saude em debate*, 39(107), 1079-1091.
- Council of Europe. (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Retrieved from https://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/03themes/violence-against-women/Conv_VAW_en.pdf
- Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República, 152 C.F.R. (2009).
- Lopes, M., Gemito, L., & Pereira, F. (2012). *Violência Doméstica. Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora*. Évora: Universidade de Évora.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de Dezembro, 253 C.F.R. (2013).
- UN-WOMEN. (1995). Platform for Action. The United Nations. Fourth World Conference on Women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosis>
- UN-WOMEN. (2009). Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>
- WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (pp. 57). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

13. PLANO E CRONOGRAMA

Atividades de melhoria do programa “Acolher, Informar, Intervir”				Datas
Reunião com diretora, enfermeiro chefe; preenchimento para autorização do conselho de ética				Jan 2016
Reunião com Orientadora do projeto				Jan- Agt 2016
Definição de objetivos				Jan-Mar 2016
Elaboração da proposta de projeto				Fev 2016
Entrega do projeto nos serviços académicos da Universidade de Évora				Mar 2016

Objetivos	Atividades	Estratégias	Recursos	Datas
Realizar o diagnóstico de situação sobre as atitudes dos EESMO face ao programa atual	Definir as variáveis de interesse; Construir Instrumentos; Identificar a população alvo; Pedir Permissão para comissão ética.	Plano de aplicação do instrumento; Obter autorização a comissão de ética	Enfermeiros do SUOG; Pedido de autorização; Questionários em papel.	Jan- Mar 2016
Recolher informação sobre a recuperação da Vítima/ Sobrevivente	Definir as variáveis; Construir Questionários; Identificar a população alvo; Pedir Permissão da casa abrigo.	Plano de aplicação do instrumento (formulário); Entregar pedido de autorização a direção da casa abrigo	Contacto com Mulheres Sobrev.; Pedido de autorização; Formulário.	Jan-Mar 2016
Recolher informação sobre exequibilidade do atual protocolo	Seguimento de casos; Verificação dos encaminhamentos das Mulheres utentes do SUOG.	Criar impresso correspondente a todas as vítimas de violência utentes do SUOG; Verificação do preenchimento correto	EESMO de SUOG; Folha própria.	Jan- Agt 2016
Normatização dos documentos do protocolo	Revisão da norma do “Programa Acolher, Informar, Intervir”; Apresentação aos EESMO do SUOG e consulta SMO	Pesquisa Bibliográfica; Formação aos EESMO;	Sala de Formação; Computador; Data- Show; Programa PP	Jan- Agt 2016

CRONOGRAMA

Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agt	Set
Reunião com a orientadora pedagógica	22	24							
Definição de variáveis para Questionários e Formulários									
Construção de Instrumentos de Recolha de Dados (EESMO; Vítimas em Casa Abrigo)									
Implementação das atividades planeadas									
Realização do relatório final									
Pesquisa Bibliografia									

APÊNDICE-B

Requerimento de acompanhamento de formulário
para casas abrigo

Ex.mo Sr. Diretor Casa Abrigo

Irene dos Santos Cristina, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica a exercer funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM-EPE) e simultaneamente integrada profissionalmente no Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação “Acolher, Informar, Intervir” que esta instituição hospitalar desenvolve desde 2005, dirige-se a V^a Ex^a nos seguintes termos.

Frequento o Mestrado Profissional em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora. No Relatório Final deste Mestrado é meu objetivo realizar a revisão e atualização do referido Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação.

Tal objetivo advém não só do meu interesse académico-profissional nesta matéria, pois cuido de vítimas entradas no SUOG, mas é também interesse da instituição CHBM-EPE rever/atualizar o programa, já que faz parte da rede de atendimento. Para tal é minha intenção recolher as perspetivas dos cuidadores (enfermeiras) e também das vítimas (mulheres) que se encontram em Casa Abrigo.

Assim, venho por este meio solicitar a permissão de V^a Ex^a para aplicar um formulário, às mulheres que se encontrem na Casa Abrigo que V^a Ex^a dirige. Com a opinião destas mulheres sobre os aspetos positivos e negativos relativamente ao atendimento que lhes foi prestado e ainda recolhendo sugestões, poderemos melhorar a qualidade do atendimento. De facto como profissional do CHBM-EPE com responsabilidade neste projeto, encontro-me fortemente motivada para otimizar a qualidade de atendimento a estas mulheres.

Mais informo que o Relatório Final do Mestrado, seguindo os procedimentos académicos, é orientado por professora da Universidade de Évora.

Pede deferimento

Barreiro, 29 de fevereiro de 2016

Irene dos Santos Cristina

APÊNDICE-C

Consentimento informado para questionário das mulheres vítimas em contexto casa abrigo

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospital Barreiro Montijo EPE
[sobre](#) Violência Contra as Mulheres

Objetivos:

- a) Obter a opinião da mulher sobre os cuidados de enfermagem que recebeu nos serviços de saúde onde recorreu;
- b) Obter a opinião da mulher sobre o encaminhamento realizado pelas enfermeiras, para os locais onde ficou alojada

Apresento-me como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que na qualidade de estudante do Mestrado na Universidade se encontra a realizar o estudo acima referido. Para tal, peço o contributo da Senhora, respondendo a um questionário que se refere à forma como as enfermeiras a receberam, a cuidaram, a atenderam no hospital onde recorreu e como foi encaminhada para o local onde ficou alojada.

O questionário leva aproximadamente 15-20 minutos a preencher. O estudo não tem benefícios diretos para a senhora, mas pode influenciar a melhoria dos cuidados no nosso hospital/instituição; também não tem riscos para a senhora e a intenção é recolher as suas opiniões e experiências. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

- 1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois todos os questionários são guardados por mim.
- 2 – Jamais a informação deste estudo a identificará de forma alguma;
- 4- Os resultados da investigação estão ao seu dispor, se me os solicitar através dos contactos abaixo. Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo telemóvel 924050873, ou pelo e-mail: irene.cristina@sapo.pt

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Muito obrigada pela sua participação

Li este consentimento e concordo em participar

Data ____/____/____

Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu

Data ____/____/____

Rubrica da Senhora Participante

Irene dos Santos Cristina (RN)

APÊNDICE-D

Formulário das Mulheres Vítimas em Contexto de Casa Abrigo

1. Caracterização Sociodemográfica das Sobreviventes.

Por favor, responda às questões colocadas escrevendo ou assinalando com x.

1. Idade: _____ anos

2. Habilitações Literárias

1.Não sabe /ler	
2.1º Ciclo	
3.2º Ciclo	
4.3ª Ciclo	
5.Licenciatura	
6.Mestrado	
7.Doutoramento	

3. Situação Sócio Profissional:

1.Desempregada	
2.Estudante	
3. Reformada	
4.Doméstica	
5.Incapacitada para trabalho	
6.Empregada	
7.Outra	

Qual: _____

4. Local de residência:

1.Rural	
2.Urbano	

5. Reside no Concelho de: _____

6. Nacionalidade: _____

7.Possui algum tipo de deficiência/ limitações:

	0.Não	1.Sim
1.Físicas		
2.Mentais		
3.Outras deficiências ou síndromes		
4.Alterações do desenvolvimento psicomotor		
5.Visuais		
6.Auditivas		

8. Estado Civil:

1.Solteira	
2. Casada	
4.União de Facto	
5.Divorciada	
6. Viúva	

9. Agregado Familiar:

1.Só com o marido/companheiro	
2.Sem o marido/companheiro	
3.Com o marido /companheiro e filhos (s)	
4.Outro	

10. Filhos:

0.Não	1. Sim

Se sim, quantos filhos tem? _____

11.Espaço Temporal da Vitimização.

11.1. Há quantos tempo sofria de maus tratos _____meses/ anos.

11.2.Desde o momento em que fez queixa, quanto tempo demorou até ser encaminhada _____meses.

11.3.Quanto tempo demorou até resolver a situação _____meses/anos.

12. Dos vários tipos de agressão quais considera os mais frequentes às vítimas.

	0.Não	1. Sim
Física		
Psicológica		
Sexual		
Abuso Sexual		
Assédio Sexual		
Negligência e abandono		

13. Quais das lesões enumeradas considera resultantes das agressões

	0.Não	1.Sim
Aborto		
Doenças Sexualmente Transmissíveis		
Dor		
Gravidez		
Rasgadura colo do útero		
Feridas com Sutura		
Fraturas		
Queimaduras		
Rasgadura do esfíncter anal		
Tentativa suicídio		
Traumatismo craniano sem perda conhecimento		
Traumatismo craniano com perda conhecimento		
Traumatismos múltiplos		
Violação		
Feridas resultantes do uso de armas		

Responda por favor às questões seguintes que solicitam o seu nível de concordância

P1. Na Sua opinião considera que “Violência contra mulheres”, é um problema exclusivamente social

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P2. Na sua opinião considera que a violência contra as mulheres é um problema saúde pública?

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

Como foi o atendimento quando recorreram aos serviços de saúde, hospital, centro de saúde.

P3. Concorda com o atendimento dos profissionais face ao seu encaminhamento

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

Qual o último serviço de saúde a que recorreu por razões de violência, antes de ser ajudada?

Relativamente a esse serviço, colocam-se algumas perguntas que pedíamos para responder

P4. Os profissionais ouviram, respeitaram e levaram a sério as suas queixas

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.5 Os profissionais de saúde mostraram conhecimentos para falar sobre o tema “ Violência contra as mulheres”?

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.6 Os profissionais demonstraram interesse em informar, intervir e encaminhar as Vítimas de Violência?

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.7 Considera que os profissionais deviam planejar o plano de segurança com as mulheres vítimas?

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.8 Considera que os profissionais tiveram dificuldade em falar diretamente com às mulheres vítimas?

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.9 Foram os profissionais de saúde que encaminham às mulheres vítimas de violência doméstica?

0.Não	1.Sim

Se resposta foi não, quem encaminhou?-----

P10.O encaminhamento foi útil

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P11. O Aconselhamento tem sido uma mais-valia para atingir os seus objetivos

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P12. Considera que os profissionais tiveram atenção ao encaminhamento conjunto com os seus filhos(Preencher se tiver filhos)

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P13. Considera que as referências feitas entre serviços de apoio a ajudaram no encaminhamento efetuada

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P.14 Considera se necessitar de ajuda no futuro, recorre ao programa de mulheres vítimas de violência

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

P15. Considera importante o profissional de saúde terem conhecimentos no domínio da legislação que visa o esclarecimento das vítimas face ao encaminhamento para os recursos da sociedade.

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.não concorda nem discordo	4. Discordo	5.Discordo Totalmente

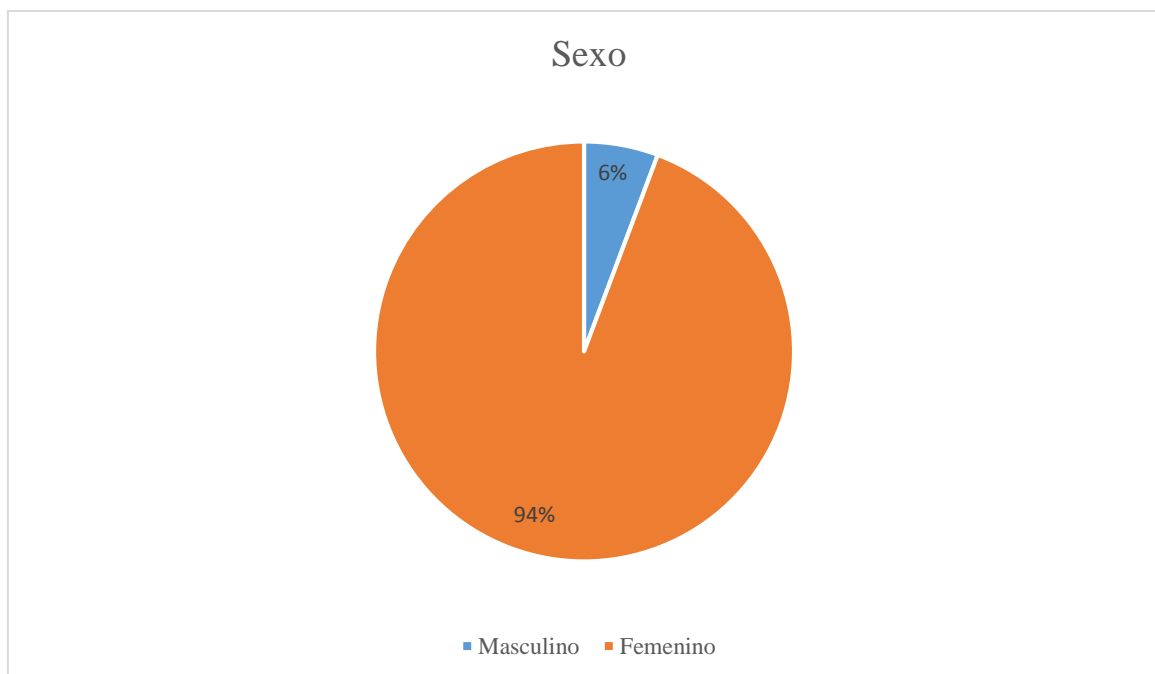
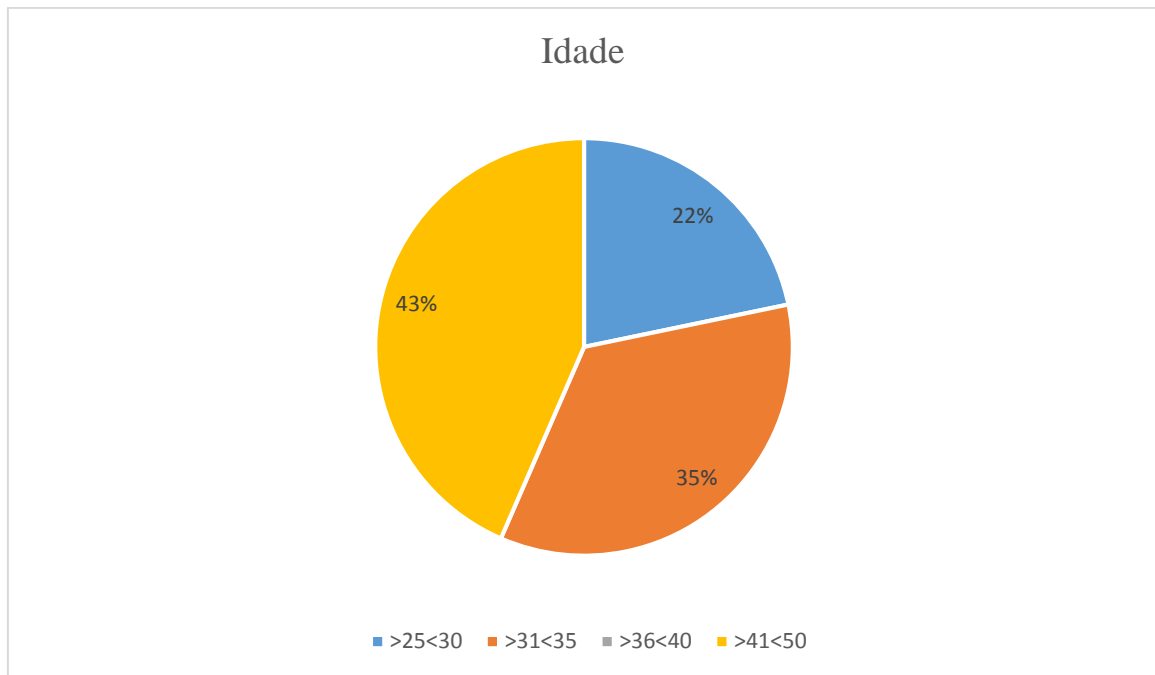
Por favor de três sugestões para melhorar os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência

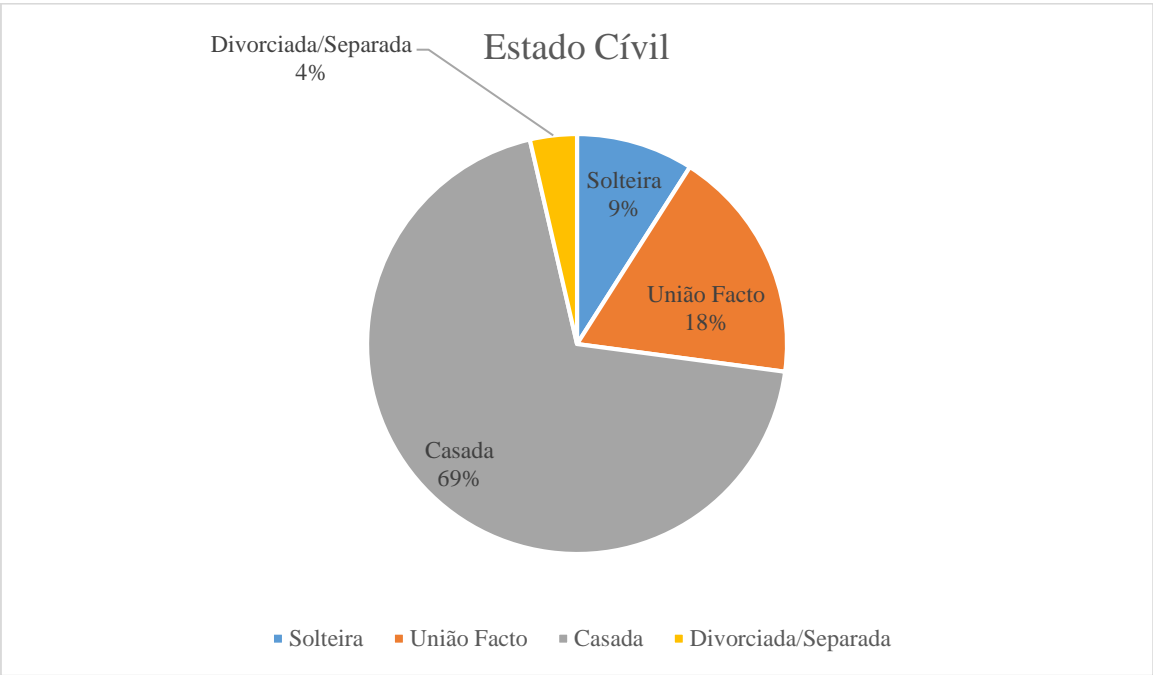
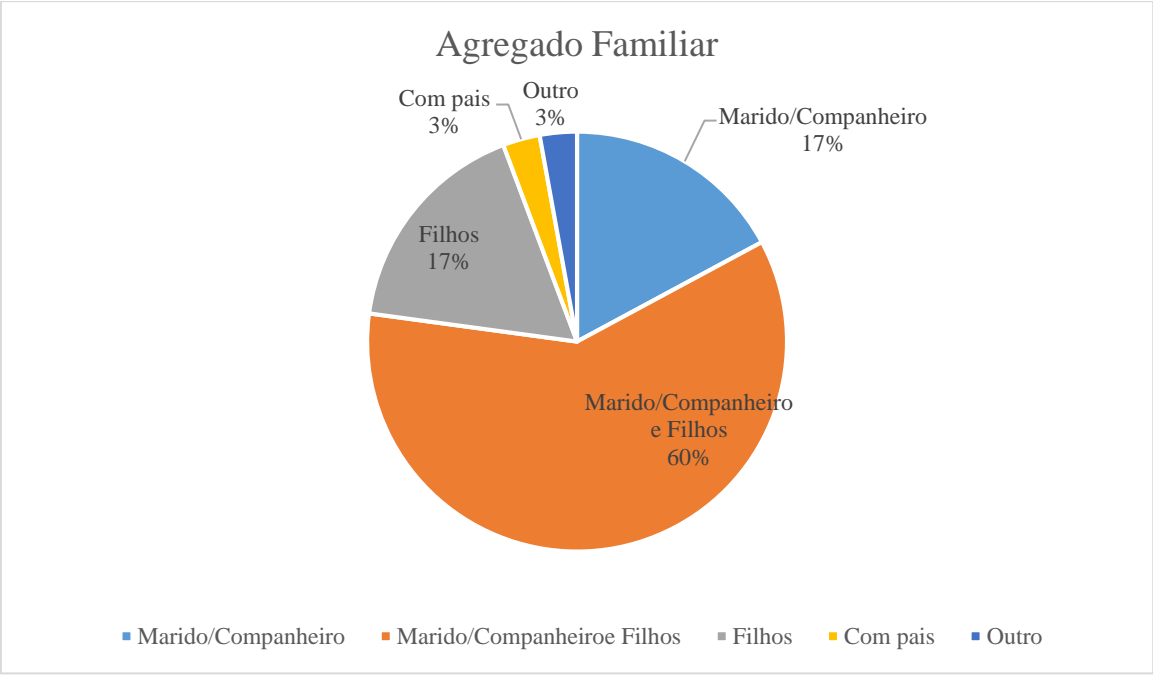
1	
2	
3	

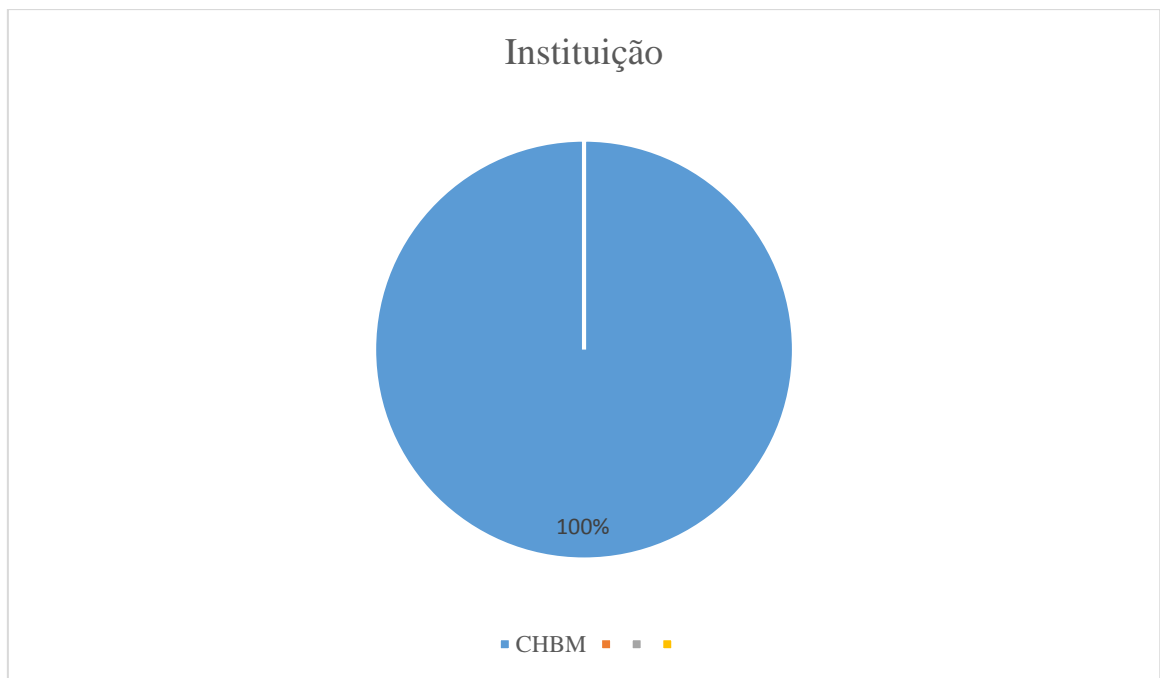
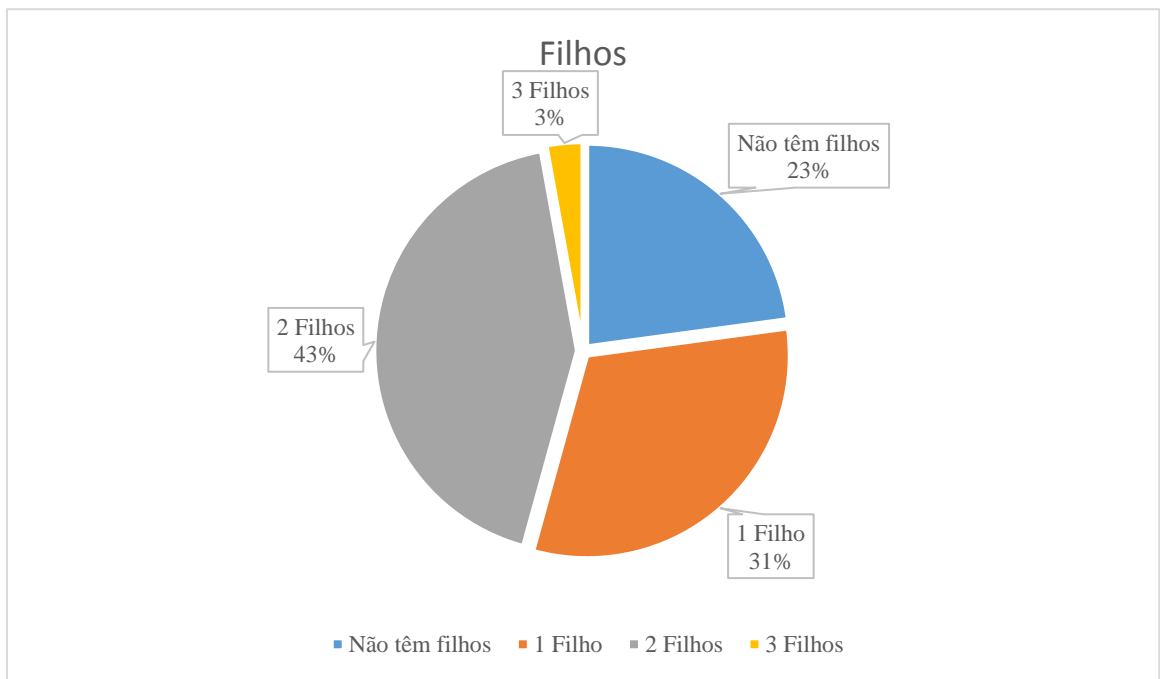
APÊNDICE-E

Tratamento de Dados dos Questionários efetuados
aos EESMOS do SUOG do CHBM- EPE

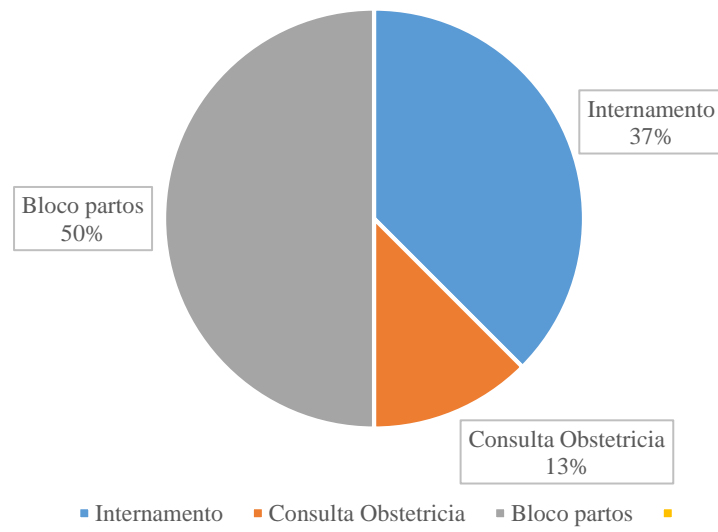
1-DADOS SOCIO- DEMOGRÁFICOS



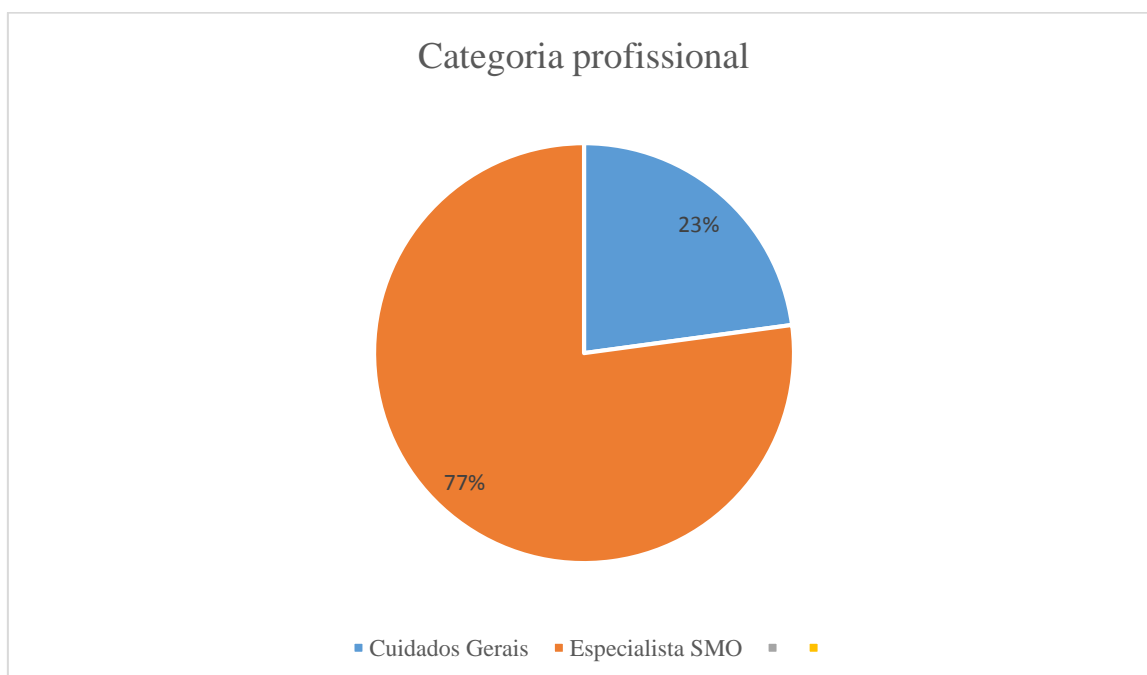
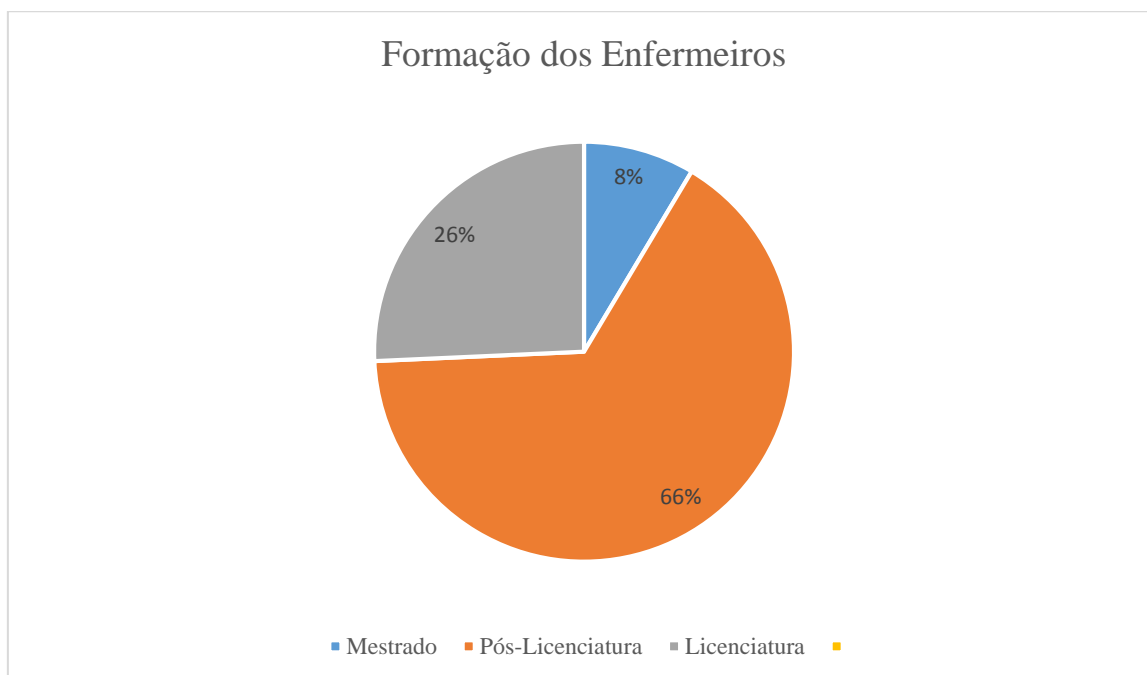




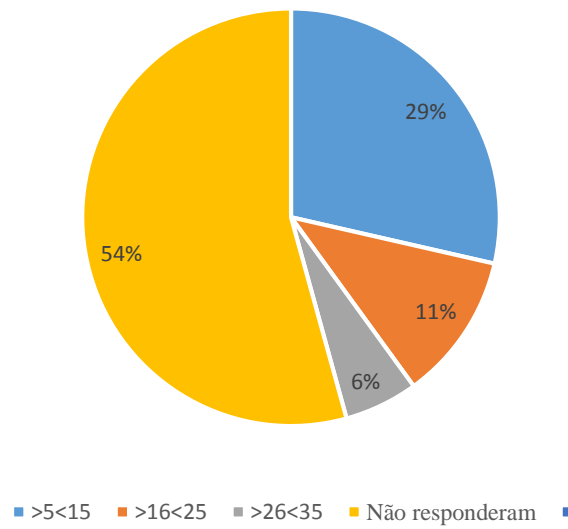
Serviços onde Desempenham Funções



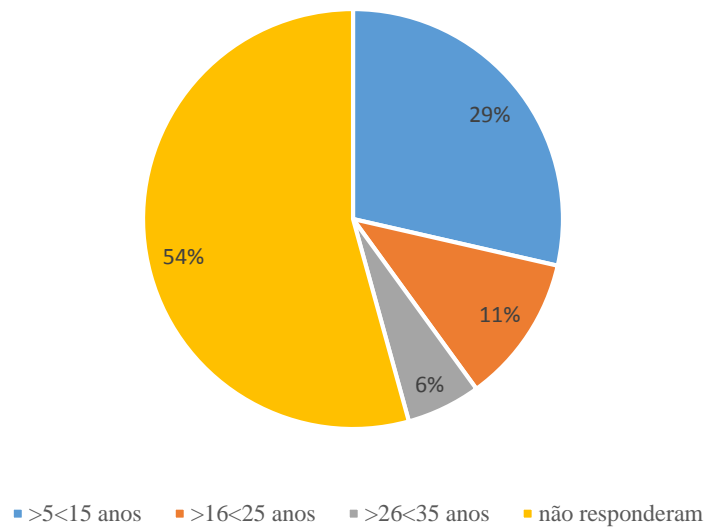
2-FORMAÇÃO PROFISSIONAL

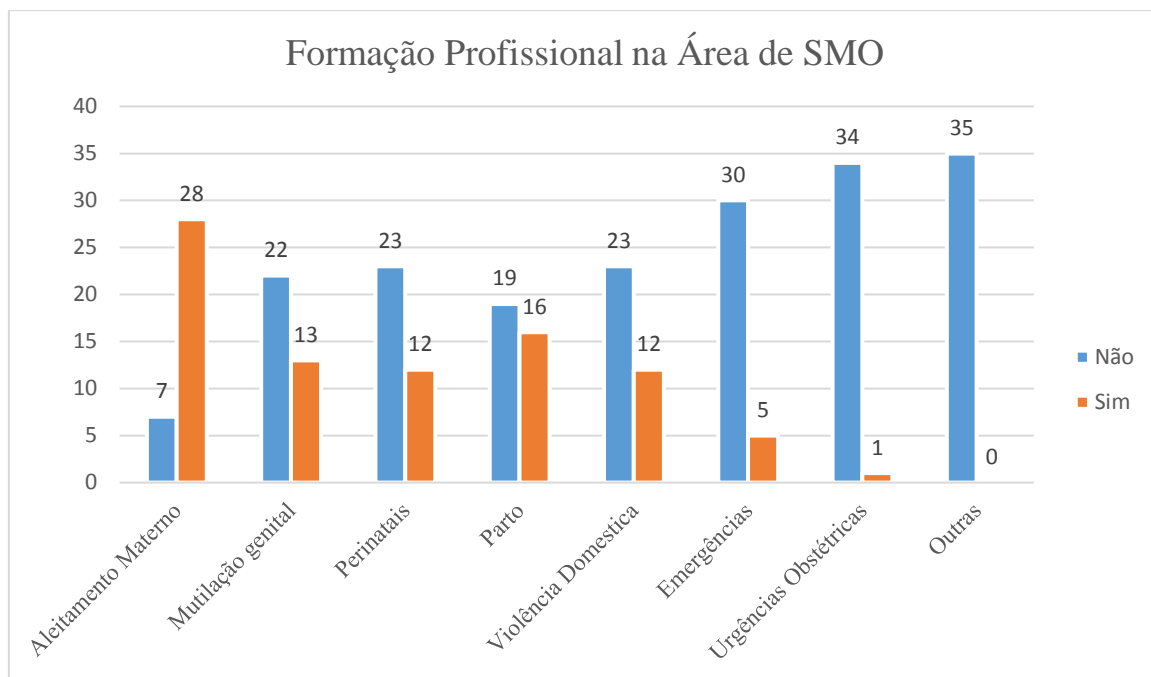


Quantos anos têm de Curso Geral



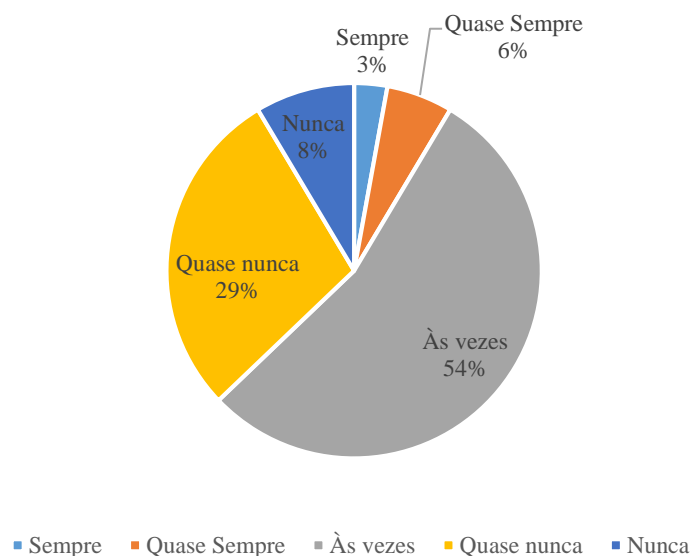
Quantos anos têm de Especialidade



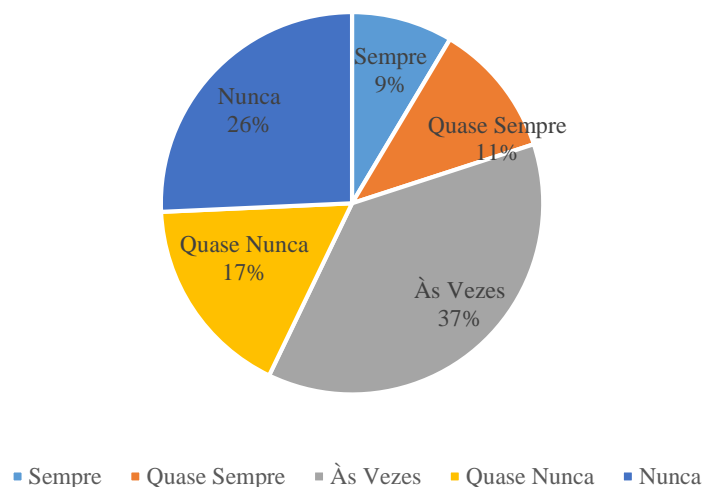


3-ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE DA EQUIPA ESMO PERANTE A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

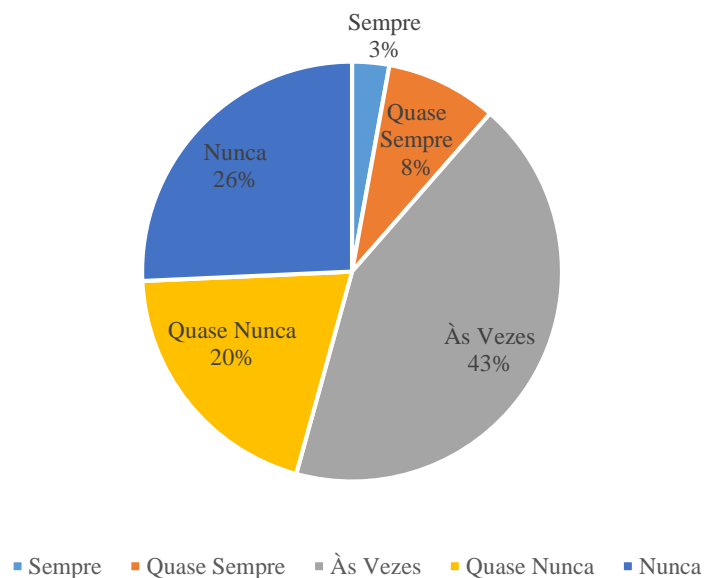
Pergunta às suas clientes /utentes se são vítimas de violência



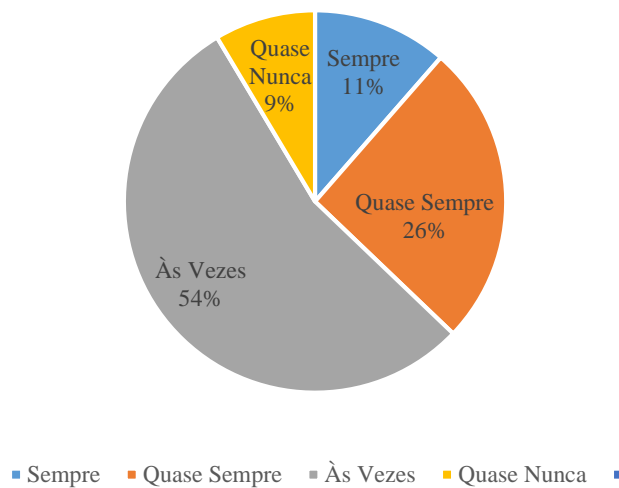
Receia ofender as clientes/utentes quando aborda o assunto da violência



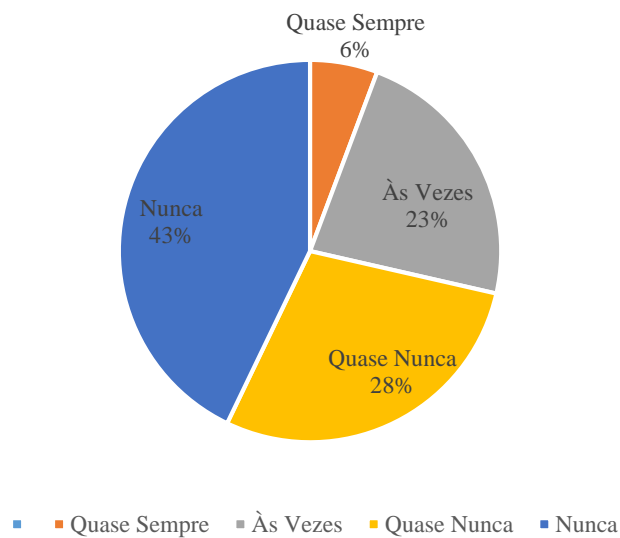
Incomoda-o (a) tratar o assunto da violência



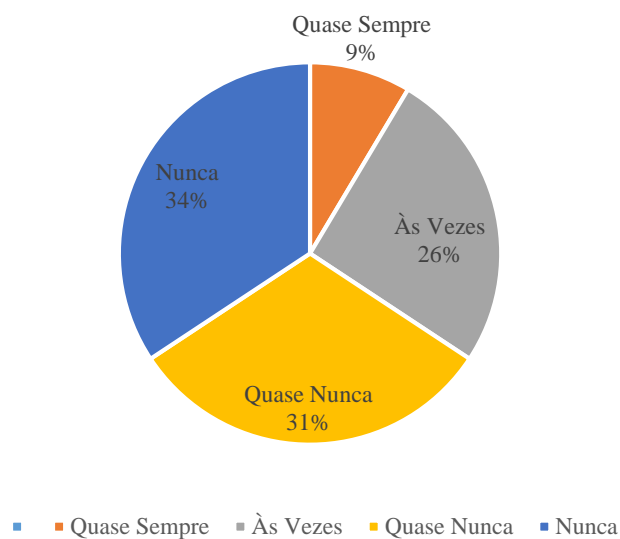
Sente segurança para abordar junto das clientes/utentes o assunto da violência



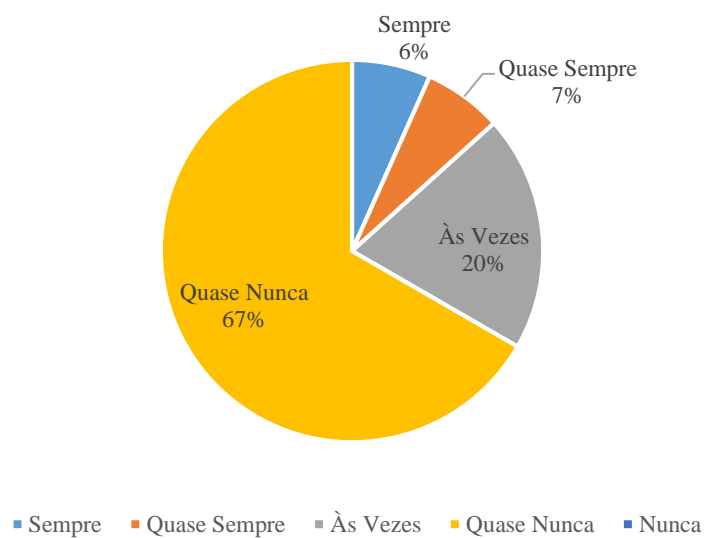
Evita perguntar se são vítimas porque não sabe como perguntar



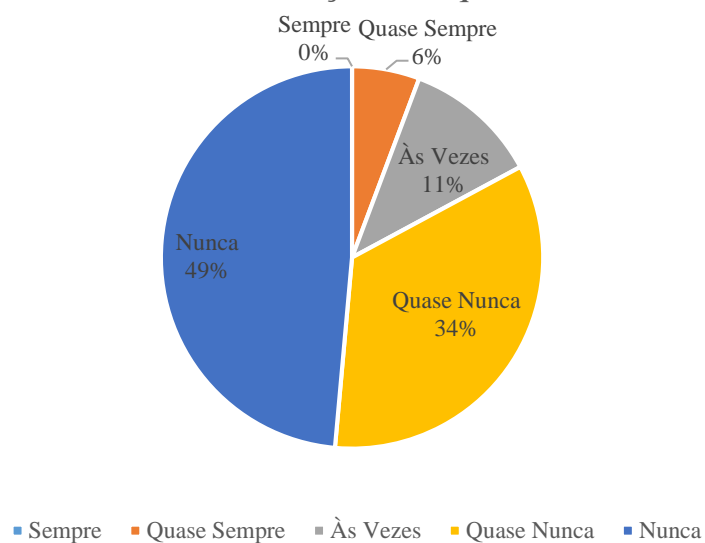
Evita perguntar se são vítimas por dificuldade em controlar a eventual reação emocional da mulher



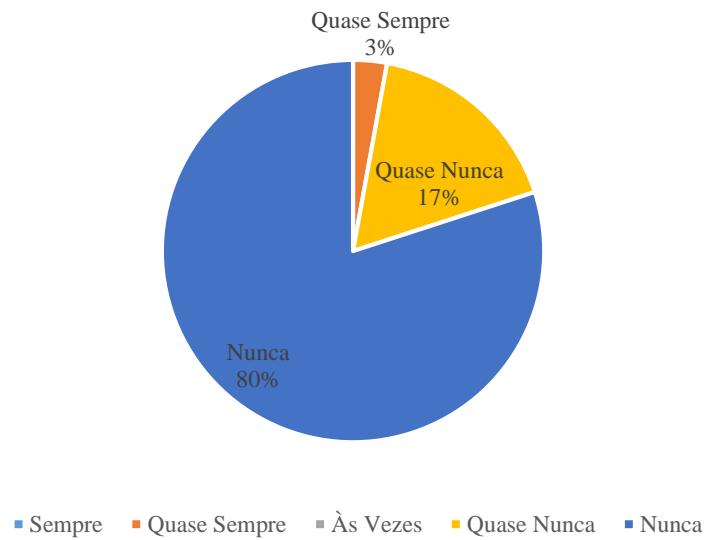
Evita perguntar ... dadas as norma judiciais posteriores para identificação destes problemas



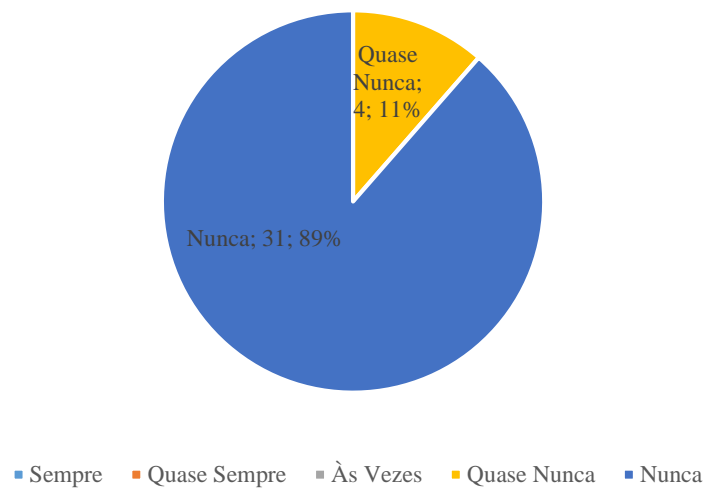
Evita perguntar,pois,ainda que identifique o problema pode não ter soluções adequadas



Evita perguntar, se são vítimas dado o tempo que o assunto exige

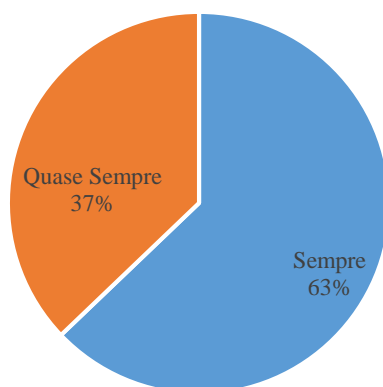


Não pergunta se são vítimas de violência pois é um assunto da Assistente social e não de Enfermagem



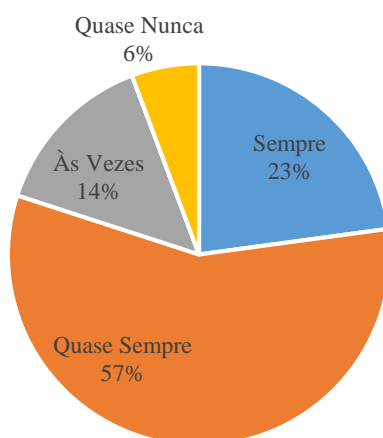
4-ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ATENDIMENTO DA EQUIPA DE EESMO PERANTE A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Frente a qualquer mulher, está alerta para eventuais maus tratos



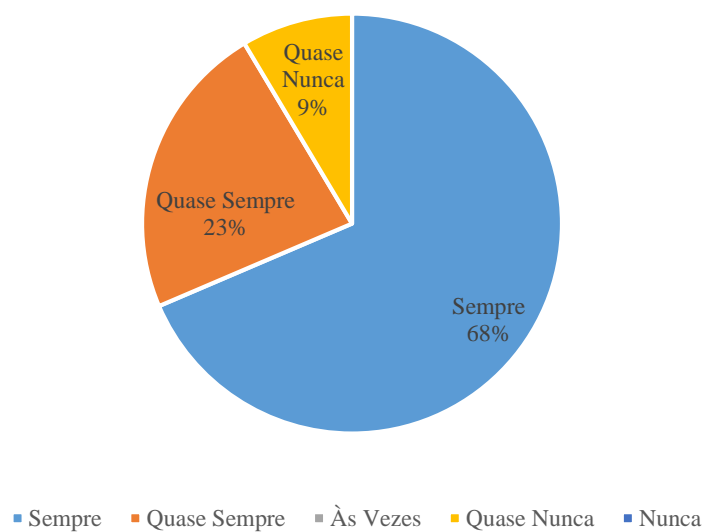
■ Sempre ■ Quase Sempre ■ Às Vezes ■ Quase Nunca ■ Nunca

Frente a qualquer mulher, pergunta sobre fatores de risco de violência

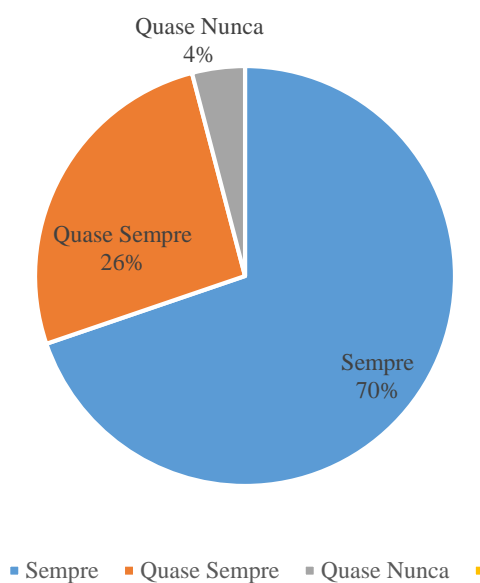


■ Sempre ■ Quase Sempre ■ Às Vezes ■ Quase Nunca ■ Nunca

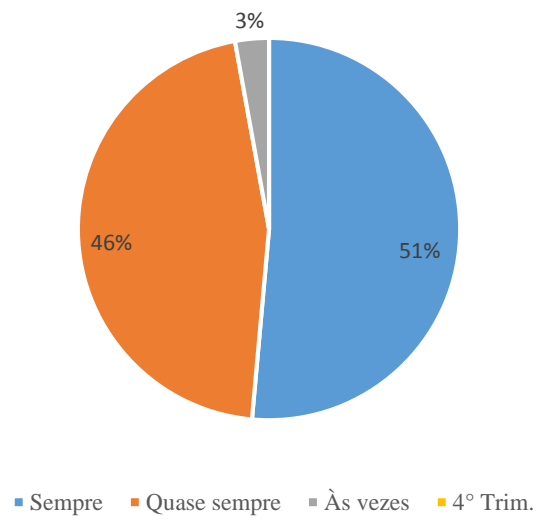
Atua apenas quando solícitado pela mulher



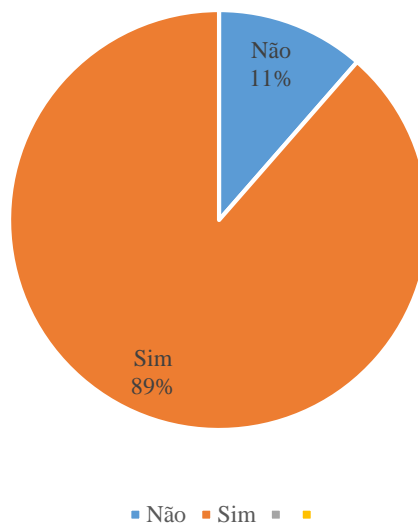
Atua apenas quando existem lesões físicas



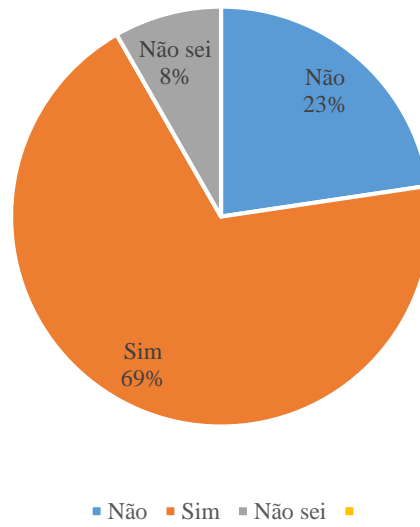
Identifica sintomas de recorrência á urgência sugestivos de V.D



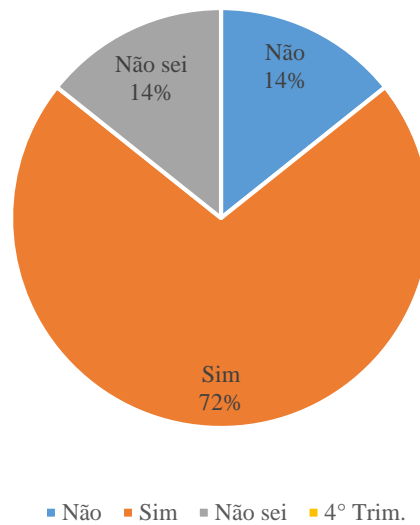
Depressão



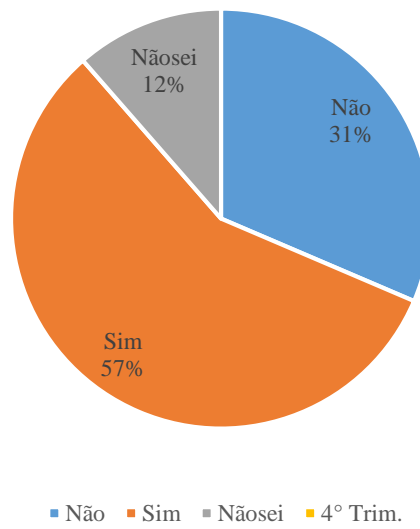
Dor Torax



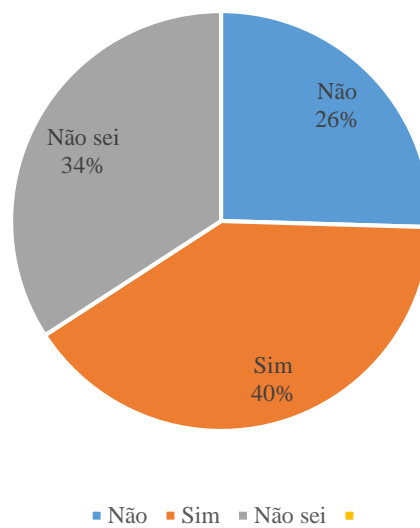
Dor Abdomen



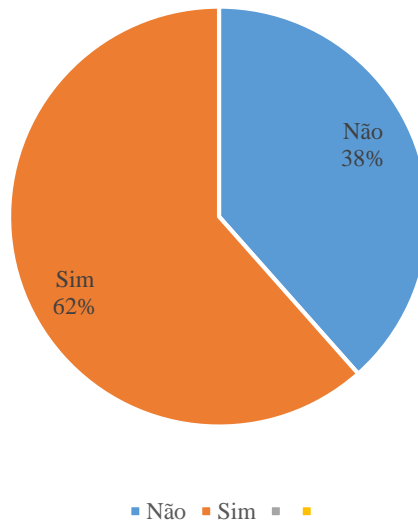
Abortos espontâneos de repetição



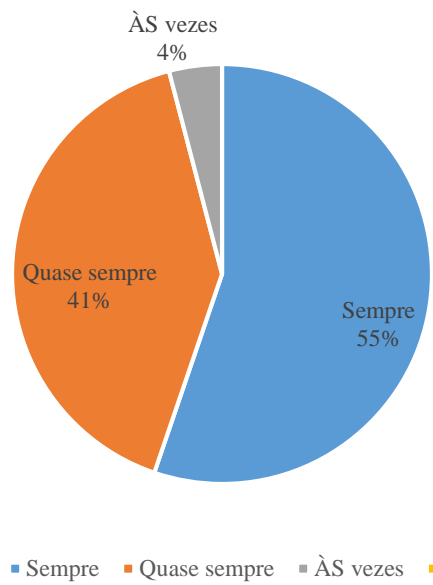
Dispneia



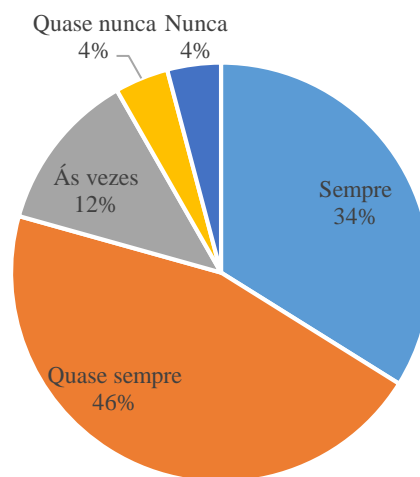
Ansiedade



Considera se corre risco grave de lesões físicas



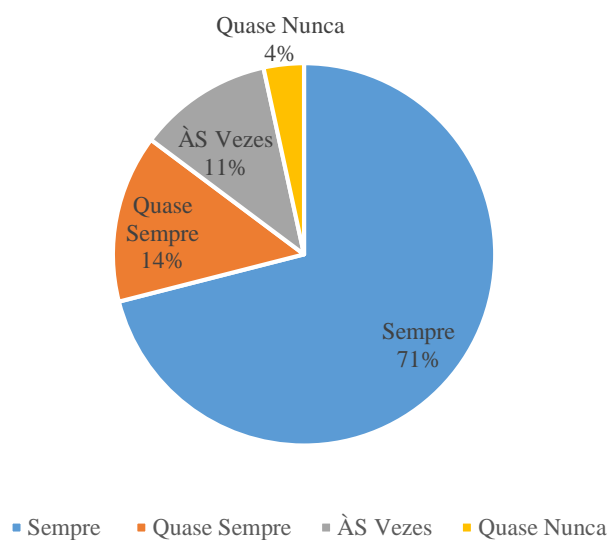
Valoriza o risco suicídio



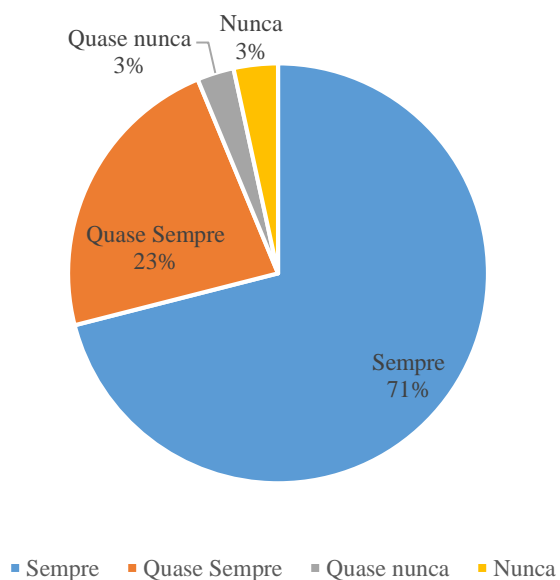
■ Sempre ■ Quase sempre ■ Às vezes ■ Quase nunca ■ Nunca

5-ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO OBJETIVO À MULHER VÍTIMA DE V.D

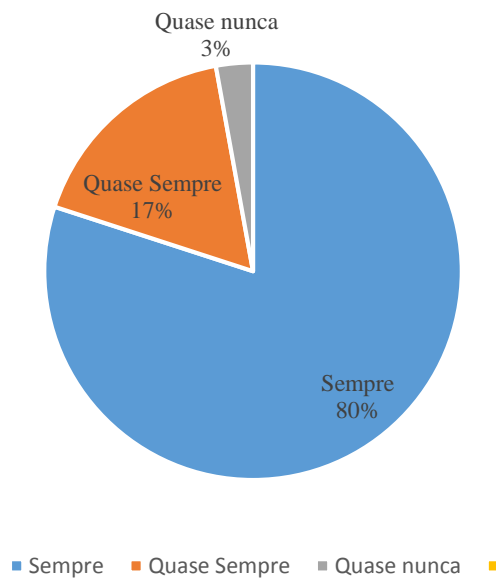
Segue o protocolo de atuação " Mulheres Vítimas de Violência/ Violação do SUOG



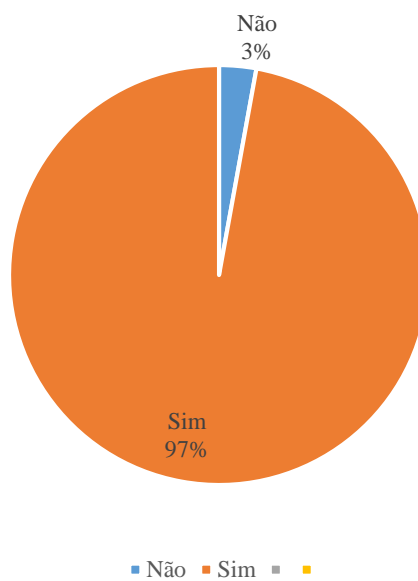
Entrega e avalia o plano de segurança com a vítima



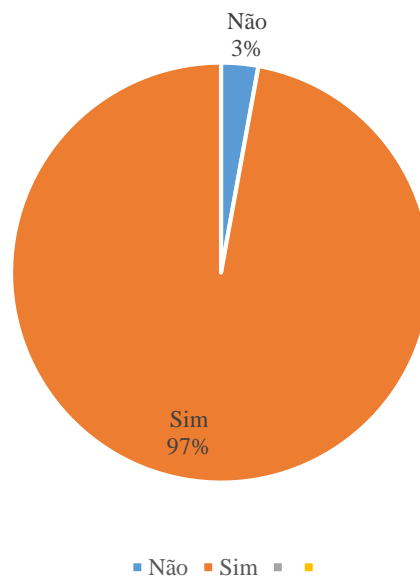
Encaminha as mulheres vítima de V.D



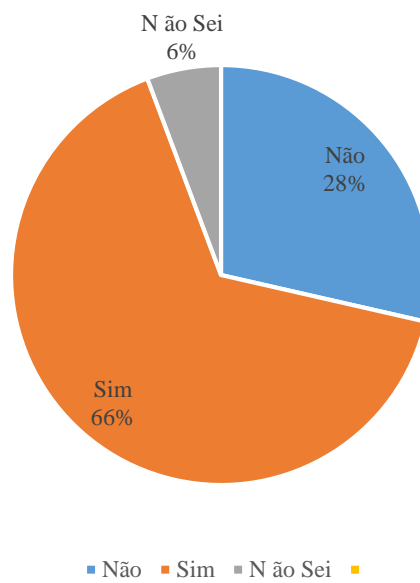
Companheiro Alcoolíco



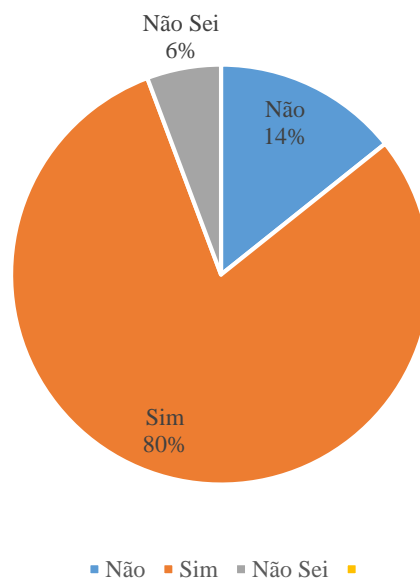
Antecedentes familiares de V.D



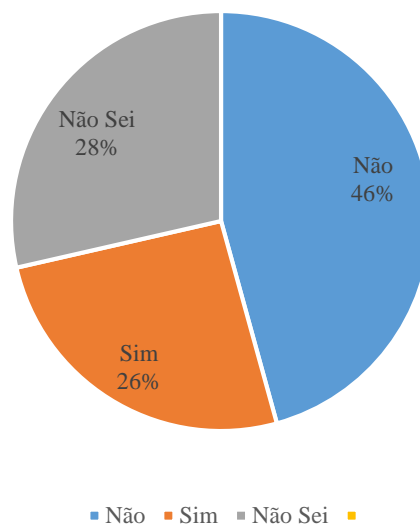
Mulheres com Depressão



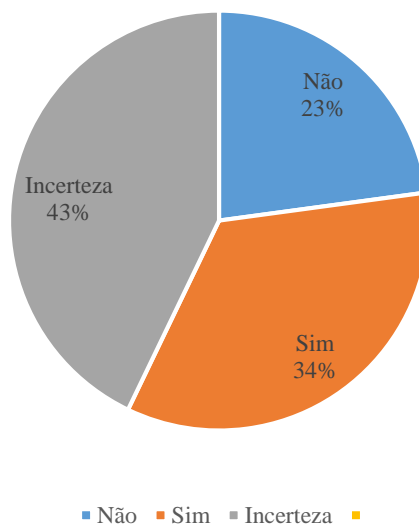
Companheiro Desempregado



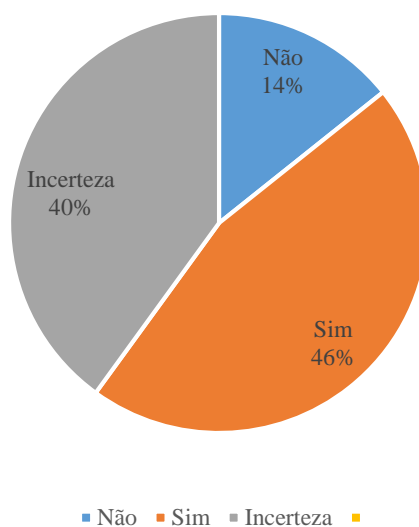
Gravidez atual



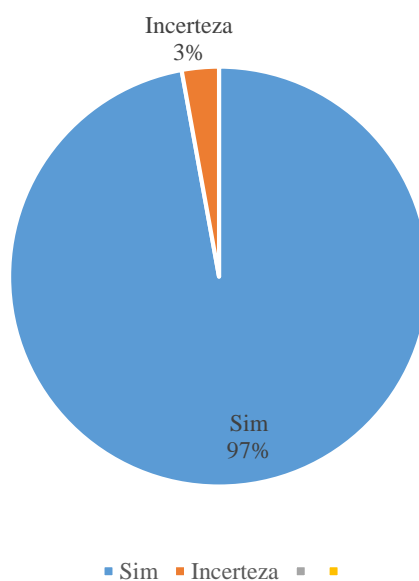
Câmara Municipal do Barreiro



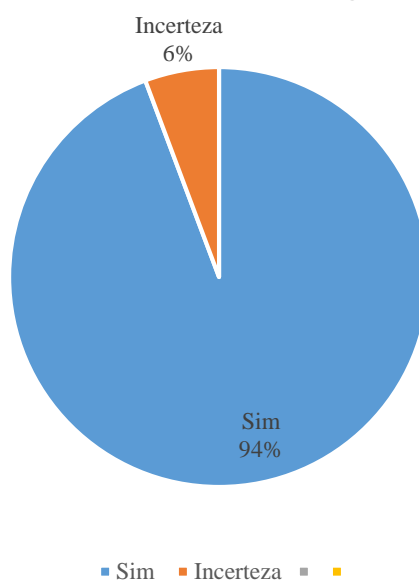
Câmara Municipal Montijo



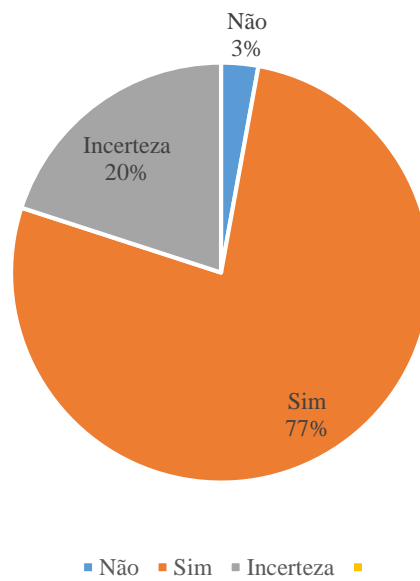
Assistente Social



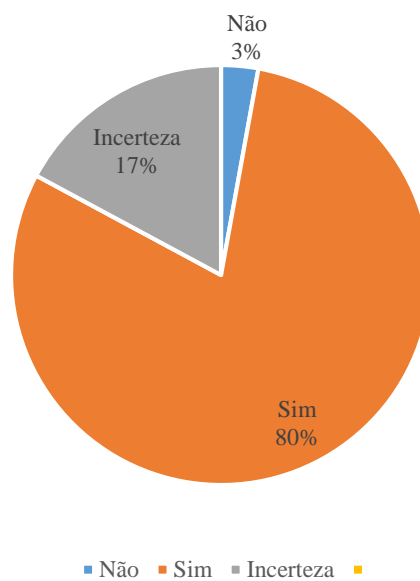
Consulta de Psicologia



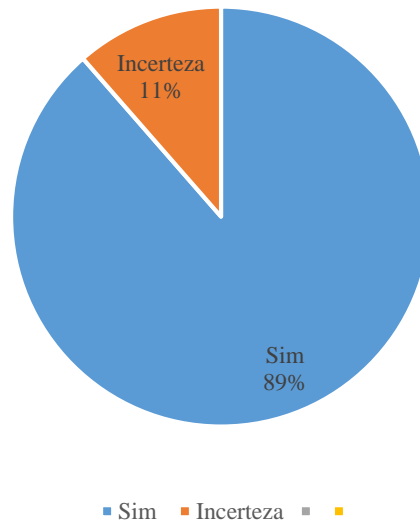
Consulta de infecologia



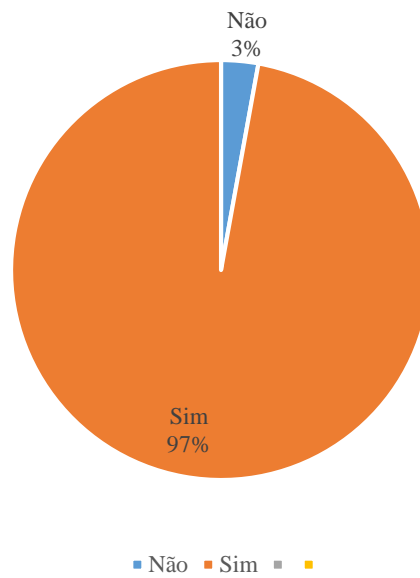
Consulta obstétrica/ ginecologia

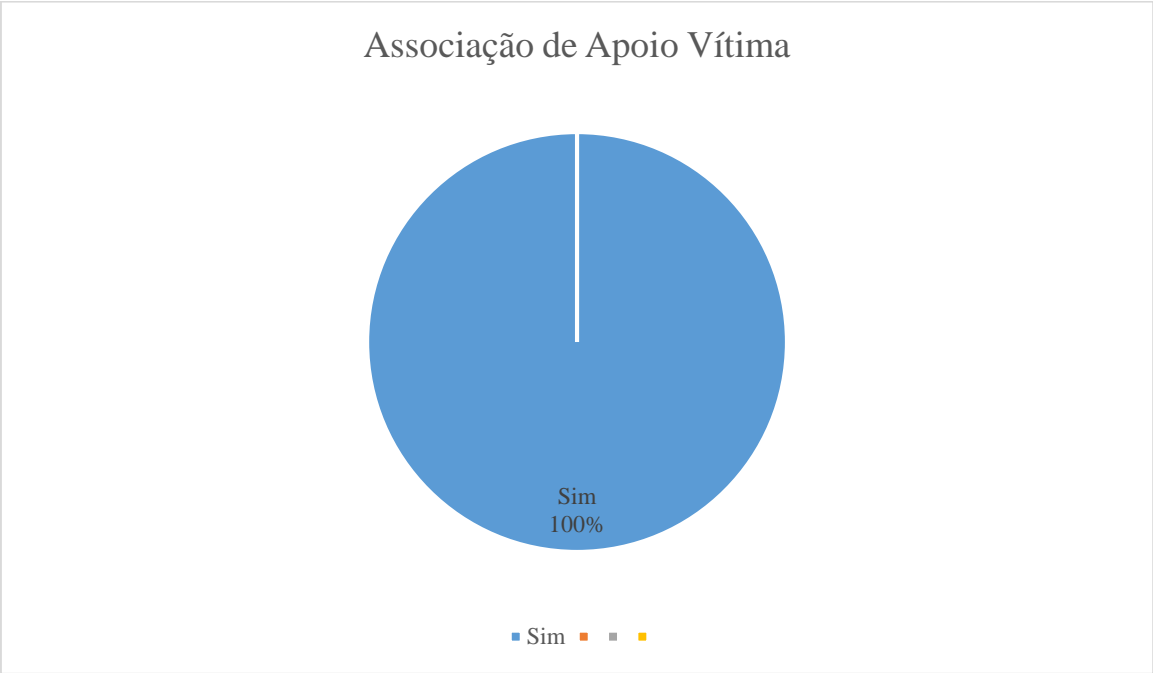
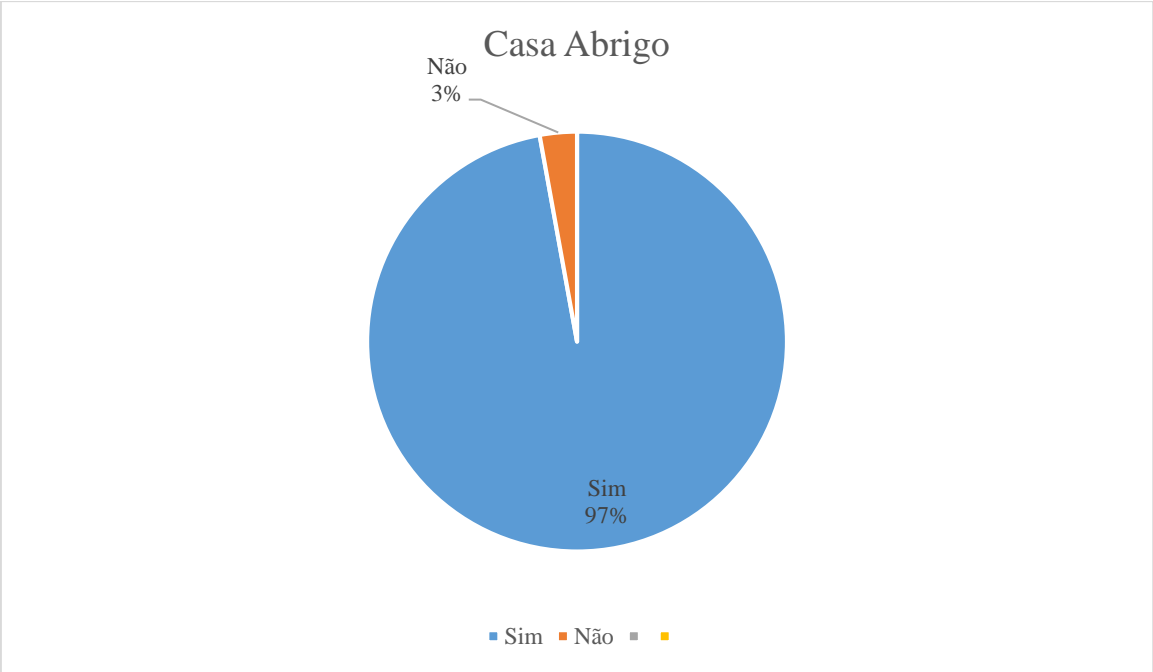


Encaminhamento Protecção Menores

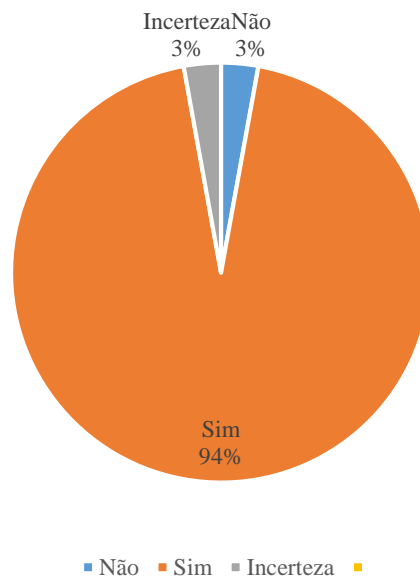


Associação das Mulheres Vítimas

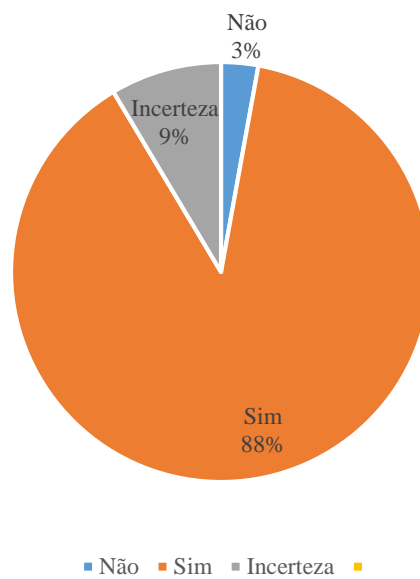




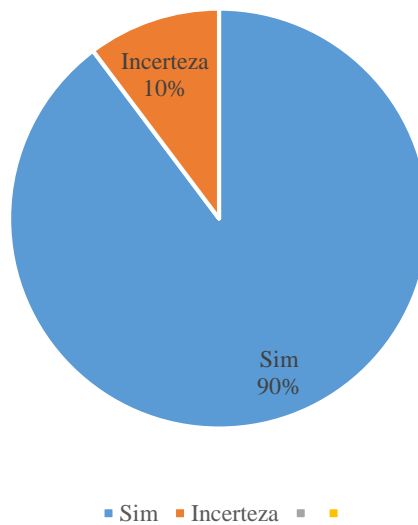
Associação de Mulheres Contra Violência



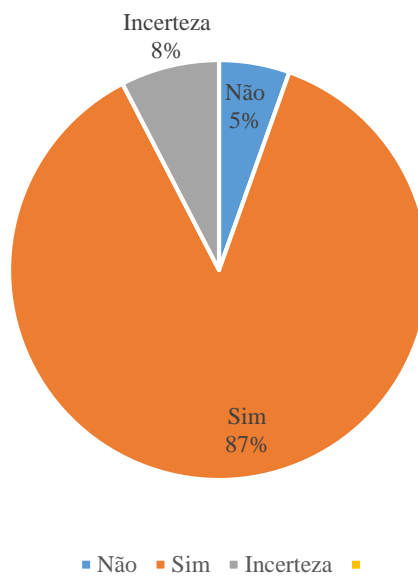
Instituto de Medicina Legal



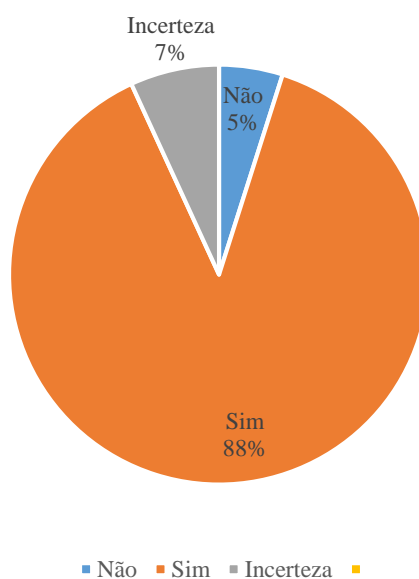
Forças de Segurança



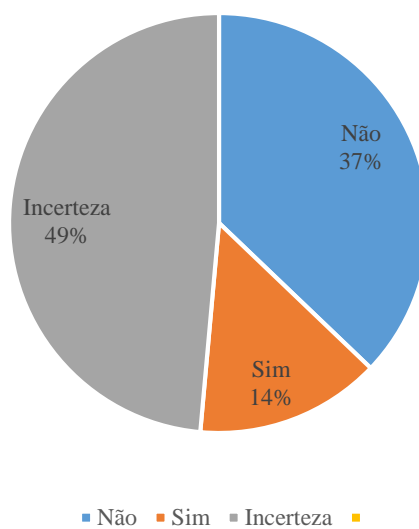
Casa de Amigos



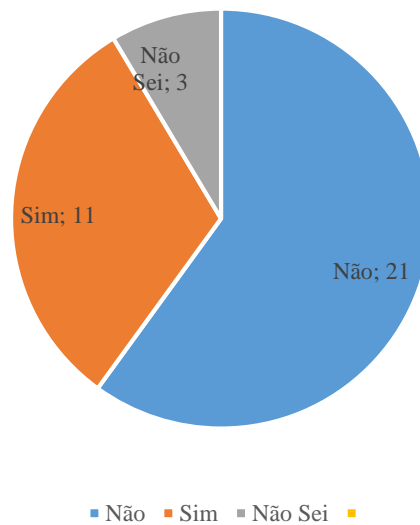
Casa de Familiares



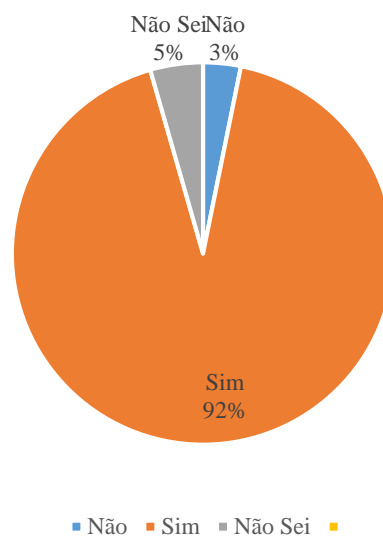
Domicilio



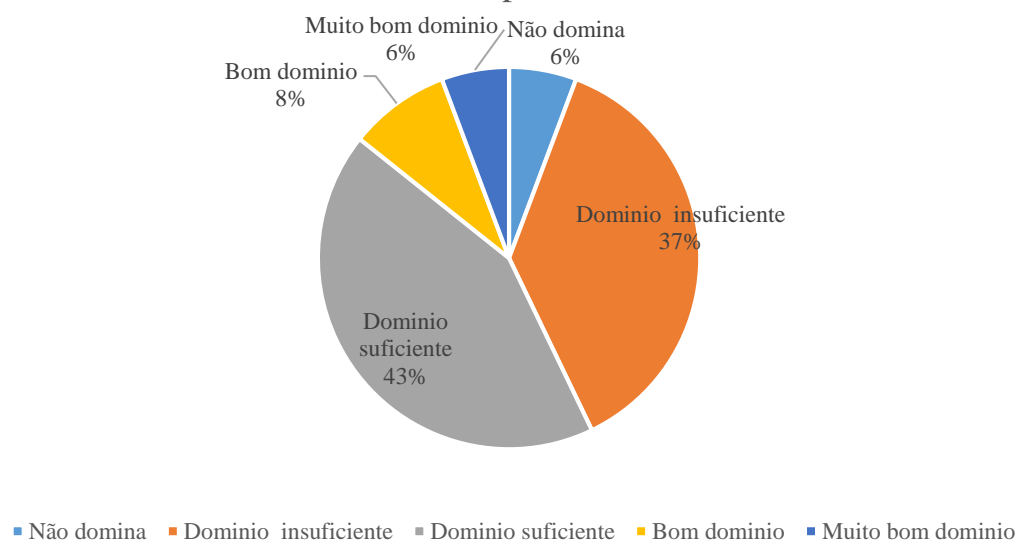
Conhece as escalas de risco para vítimas de V.D



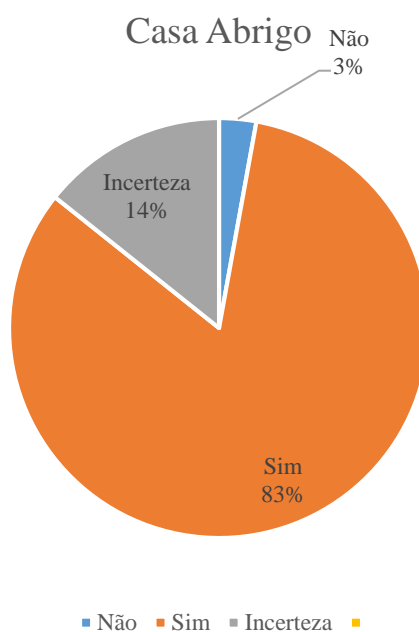
Considera apropriada na recolha de dados na folha informatizada da triagem,utilizar uma escala de risco



Dominia os conteúdos da legislação que esclarecem as vítimas no encaminhamento para os recursos da sociedade



Casa Abrigo



6- Sugestões

Tabela de Necessidades de Formação Sobre Violência

As necessidades sentidas pelos Enfermeiros do Bloco Partos.	O que se deve fazer?
<ul style="list-style-type: none"> Existência de rede de informação contendo lista de mulheres vítimas de violência consultável pela enfermeira da triagem e sistema de alerta acionado. 	<ul style="list-style-type: none"> As vítimas têm direito a privacidade, quem tinha acesso a esses registos? O procedimento do profissional muda em função do alerta? Essa rede por estar sujeita a pirataria e os agressores terem acesso. (alguns agressores trabalham em locais de fácil acesso a essas informações).
<ul style="list-style-type: none"> Haver transporte para levar instituto de medicina legal 	<ul style="list-style-type: none"> Já se pode pedir transporte obedecendo aos critérios do protocolo. (equipe não faz é por opção própria, se a mulher já se lavou logo após violação, ou se têm mais 72 h após violação)
<ul style="list-style-type: none"> Comunicar diretamente com casa de acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> Os serviços de urgência em caso de emergência podem contactar casa abrigo montijo, mas existem riscos tem de ser salvaguardados, Não são números que todas as pessoas tenham acesso, pois estas casas devem permanecer anónimas para proteger as vítimas e as mulheres sobreviventes que estão sobre programa de proteção.
<ul style="list-style-type: none"> Escalas de risco –não existe no nosso algoritmo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não existe no nosso algoritmo (gostaria implementar), pois em função da avaliação do risco pode-se traçar o plano segu- rança desta mulher, verifica-se se neces- sita de planejar saída de emergência, ou se pode fazer saída planeada se for de seu agrado, ou recorrer a familiares ou amigos).
<ul style="list-style-type: none"> Atualização de informação (2 enfermeiros), existir uma sinalização automática para os centros de saúde para vigilância. 	<ul style="list-style-type: none"> Formação da atualização do tema é im- portante, para os profissionais adequa- rem as atitudes de atendimento às dire- trizes emanadas pela DGS e legislação em vigor. Os cuidados de saúde primários já estão a formalizar protocolos de atuação. Porém ainda não se consegue cruzar toda a informação clínica através dos progra- mas informáticos para os processos clí- nicos, num tempo próximo acredita-se que sim.
<ul style="list-style-type: none"> Melhoria na sinalização das famílias de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> Vai de encontro a questão anterior. Quando houver partilha de informação clínica entre cuidados de saúde primários e rede hospitalar.

<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação com equipa multidisciplinar sobre o tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando existem situações de violência e violação haver comunicação sobre os procedimentos e desta forma informal ir atualizando os conteúdos, pois às formações só vai quem pode.
<ul style="list-style-type: none"> • Parcerias entre entidades competentes para disponibilizar recursos económicos para vítimas 	<ul style="list-style-type: none"> • Após apresentar queixa e requerer estatuto de vítima existe subsídio “Indemnização pelo estado a vítima de crimes de violência doméstica (lei 104/09 de 14 de setembro)”. Têm prazo de 90 dias prazo também valido para formalizar queixa.
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da privacidade e diminuição do julgar o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala triagem, é individualizada. • Julgar depende formação de cada pessoa, são atitudes que não deviam estar presentes nesta e noutras temáticas enquanto profissionais, mas não se consegue fazer a dissociação do ser humano e do profissional.
<ul style="list-style-type: none"> • Formação e elaboração de folhetos informativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Os folhetos já existem estão acreditados pela instituição, quando existe rutura de stock pode-se fotocopiar existe exemplar no dossier do protocolo da violência doméstica / violação.
<ul style="list-style-type: none"> • Criar rede de apoio no barreiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Já existe a RAMSV onde o CHBM está incluído.
<ul style="list-style-type: none"> • Interligação entre instituições e restantes grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • ???, será similar ao de cima???
<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação sobre os recursos existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Através da formação e dos panfletos onde estão locais de apoio.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação mais eficaz destes casos na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualmente é crime público deve ser denunciado, esta denuncia pode ser anónima.
<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre escalas de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Se implementar uma escala de risco, deve-se fazer formação, para utilização do instrumento de avaliação, das vítimas de violência doméstica/ violação
<ul style="list-style-type: none"> • Debates de situações reais do serviço e feed-back da situação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito pertinente, contudo não esquecer de fazer registos completos pois sem eles estes casos não se podem discutir por falta de informação.

APÊNDICE-F

Análise dos dados das mulheres vítimas de VD, em contexto casa abrigo

Caraterização sócio-demografica

Participaram 81 mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos (M=38.19 anos; DP=11.64).

Statistics		
P1Idade		
N	Valid	79
	Missing	2
Mean		38,19
Median		37,00
Mode		35 ^a
Std. Deviation		11,642
Minimum		19
Maximum		64
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown		

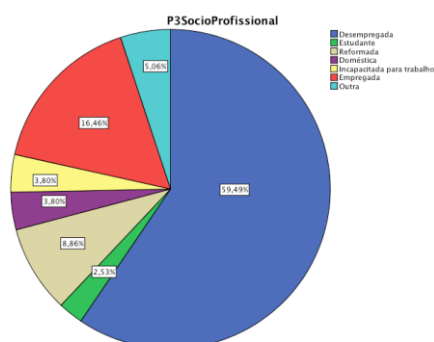
As habilitações literárias mais representativas são o 3º ciclo (n=27; 33.8%), seguindo-se o 2º ciclo (n=25; 30.9%)

P2HabilitaLiterarias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não sabe /ler	2	2,5	2,5	2,5
	1º Ciclo	21	25,9	26,3	28,7
	2º Ciclo	25	30,9	31,3	60,0
	3º Ciclo	27	33,3	33,8	93,8
	Licenciatura	5	6,2	6,3	100,0
	Total	80	98,8	100,0	

P3SocioProfissional					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Desempregada	47	58,0	59,5	59,5
	Estudante	2	2,5	2,5	62,0
	Reformada	7	8,6	8,9	70,9
	Doméstica	3	3,7	3,8	74,7
	Incapacitada para trabalho	3	3,7	3,8	78,5
	Empregada	13	16,0	16,5	94,9
	Outra	4	4,9	5,1	100,0
	Total	79	97,5	100,0	

P3SocioProfissional					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Desempregada	47	58,0	59,5	59,5
	Estudante	2	2,5	2,5	62,0
	Reformada	7	8,6	8,9	70,9
	Doméstica	3	3,7	3,8	74,7
	Incapacitada para trabalho	3	3,7	3,8	78,5
	Empregada	13	16,0	16,5	94,9
	Outra	4	4,9	5,1	100,0
	Total	79	97,5	100,0	

Relativamente à situação laboral, a maioria está desempregada (n=47; 59.5%)



P3SocioProfissional					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Desempregada	47	58,0	59,5	59,5
	Estudante	2	2,5	2,5	62,0
	Reformada	7	8,6	8,9	70,9
	Doméstica	3	3,7	3,8	74,7
	Incapacitada para trabalho	3	3,7	3,8	78,5
	Empregada	13	16,0	16,5	94,9
	Outra	4	4,9	5,1	100,0
	Total	79	97,5	100,0	

Relativamente à nacionalidade, de entre as que responderam, a maioria das participantes (n=62; 76,5%) é portuguesa

P6NacinalidadeCategorias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não responde	13	16,0	16,0	16,0
	Portuguesa	62	76,5	76,5	92,6
	PALOP	3	3,7	3,7	96,3
	EuropaCentral	1	1,2	1,2	97,5
	EuropaLeste	2	2,5	2,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Quanto ao estado civil, vivem em casal 35 participantes, ou seja 25 são casadas (30.9%) e 10 (12.3%) vivem em união de facto

P7EstadoCivil					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Solteira	31	38,3	38,3	38,3
	Casada	25	30,9	30,9	69,1
	União de Facto	10	12,3	12,3	81,5
	Divorciada	13	16,0	16,0	97,5
	Viúva	2	2,5	2,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

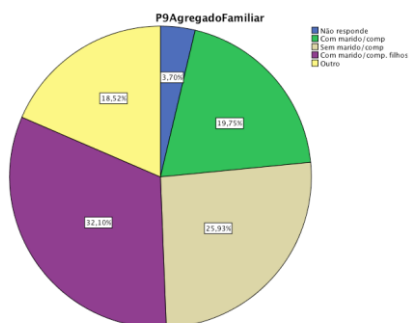
A grande maioria tem filhos (n=76; 93.8%)

P8Filhos					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	5	6,2	6,2	6,2
	Sim	76	93,8	93,8	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Das participantes que têm filhos,
a maior representação é de 2
filhos (n=36; 45.6%)

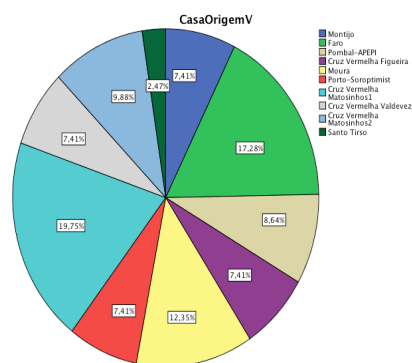
P8FilhosQuantos					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	0	4	4,9	5,1	5,1
	1	15	18,5	19,0	24,1
	2	36	44,4	45,6	69,6
	3	14	17,3	17,7	87,3
	4	7	8,6	8,9	96,2
	5	3	3,7	3,8	100,0
Total		79	97,5	100,0	

O agregado familiar mais representa-
tivo é com marido e filhos (n=26;
32.1%)

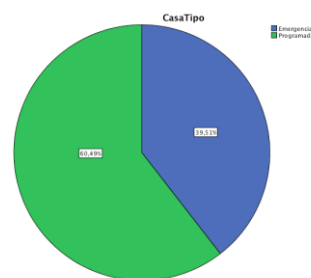


P9AgregadoFamiliar					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não responde	3	3,7	3,7	3,7
	Com marido/comp	16	19,8	19,8	23,5
	Sem marido/comp	21	25,9	25,9	49,4
	Com marido/comp. filhos	26	32,1	32,1	81,5
	Outro	15	18,5	18,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

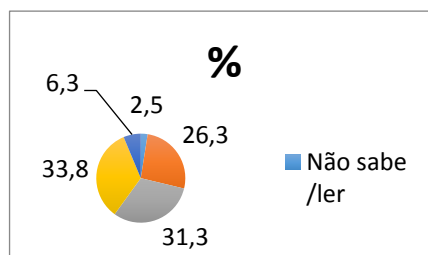
CasaOrigemV	Fre- quency	Percent	Valid Percent	Cumula- tive Per- cent
Montijo	6	7,4	7,4	7,4
Faro	14	17,3	17,3	24,7
Pombal-APEPI	7	8,6	8,6	33,3
Cruz Vermelha Figueira	6	7,4	7,4	40,7
Moura	10	12,3	12,3	53,1
Porto-Soroptimist	6	7,4	7,4	60,5
Cruz Vermelha Matosinhos1	16	19,8	19,8	80,2
Cruz Vermelha Valdevez	6	7,4	7,4	87,7
Cruz Vermelha Matosinhos2	8	9,9	9,9	97,5
Santo Tirso	2	2,5	2,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	



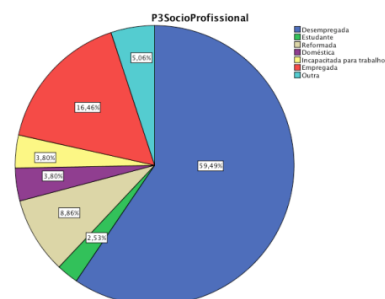
CasaTipo	n	%	Valid %	Cum/ %
Emergencia	32	39,5	39,5	39,5
Programada	49	60,5	60,5	100,0
Total	81	100,0	100,0	



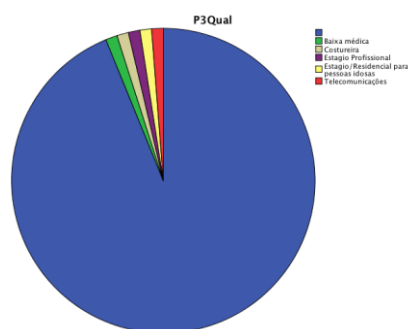
P2HabilitaLiterarias	n	%	Valid %	Cum/ %
Não sabe /ler	2	2,5	2,5	2,5
1º Ciclo	21	25,9	26,3	28,7
2º Ciclo	25	30,9	31,3	60,0
3º Ciclo	27	33,3	33,8	93,8
Licenciatura	5	6,2	6,3	100,0
Total	80	98,8	100,0	



P3SocioProfissio	n	%	Valid %	Cum/ %
Desempregada	47	58,0	59,5	59,5
Estudante	2	2,5	2,5	62,0
Reformada	7	8,6	8,9	70,9
Doméstica	3	3,7	3,8	74,7
Incapacitada para trabalho	3	3,7	3,8	78,5
Empregada	13	16,0	16,5	94,9
Outra	4	4,9	5,1	100,0
Total	79	97,5	100,0	



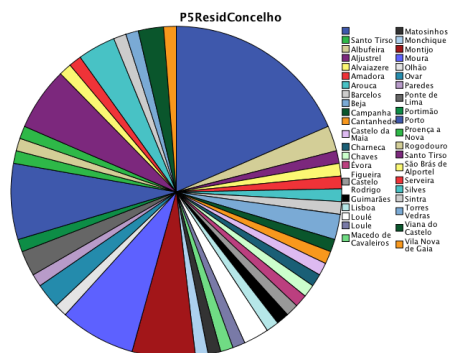
P3Qual				
	n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	76	93,8	93,8	93,8
Baixa médica	1	1,2	1,2	95,1
Costureira	1	1,2	1,2	96,3
Estagio Profissional	1	1,2	1,2	97,5
Estagio/Residencial para pessoas idosas	1	1,2	1,2	98,8
Telecomunicações	1	1,2	1,2	100,0
Total	81	100,0	100,0	



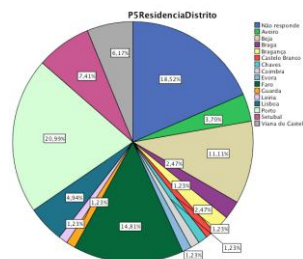
P4LocalResidencia				
	n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	70	86,4	100,0	
Rural	27	33,3	38,6	38,6
Urbano	43	53,1	61,4	100,0
Total	70	86,4	100,0	



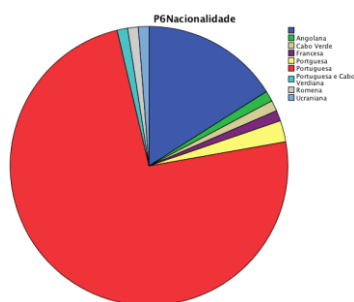
P5ResidConcelho					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid		15	18,5	18,5	18,5
	Santo Tirso	1	1,2	1,2	19,8
	Albufeira	2	2,5	2,5	22,2
	Aljustrel	1	1,2	1,2	23,5
	Alvaiazere	1	1,2	1,2	24,7
	Amadora	1	1,2	1,2	25,9
	Arouca	1	1,2	1,2	27,2
	Barcelos	1	1,2	1,2	28,4
	Beja	2	2,5	2,5	30,9
	Campanha	1	1,2	1,2	32,1
	Cantanhede	1	1,2	1,2	33,3
	Castelo da Maia	1	1,2	1,2	34,6
	Charneca	1	1,2	1,2	35,8
	Chaves	1	1,2	1,2	37,0
	Évora	1	1,2	1,2	38,3
	Figueira Castelo Rodrigo	1	1,2	1,2	39,5
	Guimarães	1	1,2	1,2	40,7
	Lisboa	1	1,2	1,2	42,0
	Loule	1	1,2	1,2	43,2
	Loulé	2	2,5	2,5	44,4
	Macedo de Cavaleiros	1	1,2	1,2	45,6
	Matosinhos	1	1,2	1,2	46,8
	Monchique	1	1,2	1,2	48,0
	Montijo	5	6,2	6,2	54,2
	Moura	6	7,4	7,4	61,6
	Olhão	1	1,2	1,2	62,8
	Ovar	2	2,5	2,5	65,3
	Paredes	1	1,2	1,2	66,5
	Ponte de Lima	2	2,5	2,5	69,0
	Portimão	1	1,2	1,2	70,2
	Porto	6	7,4	7,4	77,6
	Proença a Nova	1	1,2	1,2	78,8
	Rogodouro	1	1,2	1,2	80,0
	Santo Tirso	5	6,2	6,2	86,2
	São Brás de Alportel	1	1,2	1,2	87,4
	Serveira	1	1,2	1,2	88,6
	Silves	3	3,7	3,7	92,3
	Sintra	1	1,2	1,2	93,5
	Torres Vedras	1	1,2	1,2	94,7
	Viana do Castelo	2	2,5	2,5	97,2
	Vila Nova de Gaia	1	1,2	1,2	98,4
	Total	81	100,0	100,0	



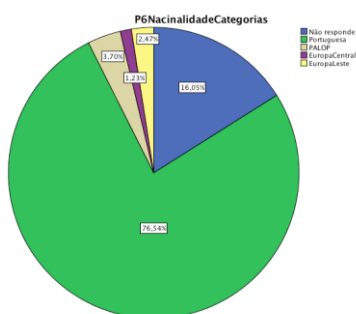
P5ResidenciaDistrito					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não responde	15	18,5	18,5	18,5
	Aveiro	3	3,7	3,7	22,2
	Beja	9	11,1	11,1	33,3
	Braga	2	2,5	2,5	35,8
	Bragança	2	2,5	2,5	38,3
	Castelo Branco	1	1,2	1,2	39,5
	Chaves	1	1,2	1,2	40,7
	Coimbra	1	1,2	1,2	42,0
	Evora	1	1,2	1,2	43,2
	Faro	12	14,8	14,8	58,0
	Guarda	1	1,2	1,2	59,3
	Leiria	1	1,2	1,2	60,5
	Lisboa	4	4,9	4,9	65,4
	Porto	17	21,0	21,0	86,4
	Setubal	6	7,4	7,4	93,8
	Viana do Castelo	5	6,2	6,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



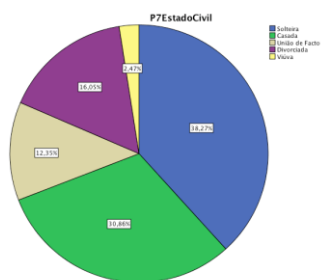
P6Nacionalidade					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid		13	16,0	16,0	16,0
	Angolana	1	1,2	1,2	17,3
	Cabo Verde	1	1,2	1,2	18,5
	Francesa	1	1,2	1,2	19,8
	Portuguesa	2	2,5	2,5	22,2
	Portuguesa	60	74,1	74,1	96,3
	Portuguesa e Cabo Verdiana	1	1,2	1,2	97,5
	Romena	1	1,2	1,2	98,8
	Ucraniana	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



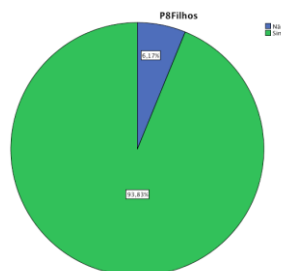
P6NacinalidadeCategorias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não responde	13	16,0	16,0	16,0
	Portuguesa	62	76,5	76,5	92,6
	PALOP	3	3,7	3,7	96,3
	EuropaCentral	1	1,2	1,2	97,5
	EuropaLeste	2	2,5	2,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



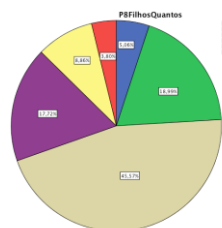
P7EstadoCivil					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Solteira	31	38,3	38,3	38,3
	Casada	25	30,9	30,9	69,1
	União de Facto	10	12,3	12,3	81,5
	Divorciada	13	16,0	16,0	97,5
	Viúva	2	2,5	2,5	100,0
Total		81	100,0	100,0	



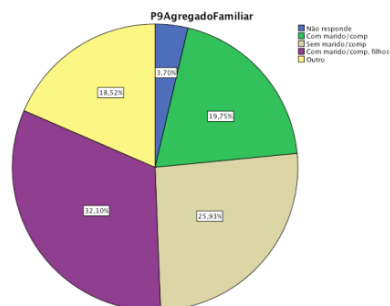
P8Filhos					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	5	6,2	6,2	6,2
	Sim	76	93,8	93,8	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



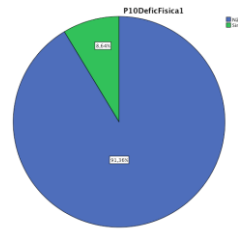
P8FilhosQuantos					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	0	4	4,9	5,1	5,1
	1	15	18,5	19,0	24,1
	2	36	44,4	45,6	69,6
	3	14	17,3	17,7	87,3
	4	7	8,6	8,9	96,2
	5	3	3,7	3,8	100,0
	Total	79	97,5	100,0	
Missing	System	2	2,5		
Total		81	100,0		



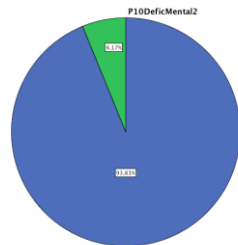
P9AgregadoFamiliar					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não responde	3	3,7	3,7	3,7
	Com marido/comp	16	19,8	19,8	23,5
	Sem marido/comp	21	25,9	25,9	49,4
	Com marido/comp. filhos	26	32,1	32,1	81,5
	Outro	15	18,5	18,5	100,0
Total		81	100,0	100,0	



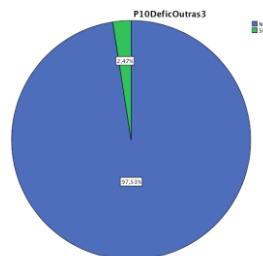
P10DeficFisica1					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	74	91,4	91,4	91,4
	Sim	7	8,6	8,6	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



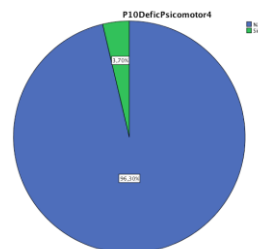
P10DeficMental2					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	76	93,8	93,8	93,8
	Sim	5	6,2	6,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



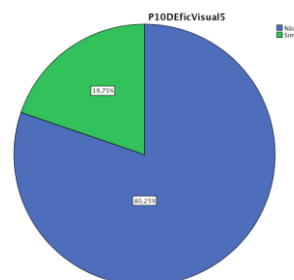
P10DeficOutras3					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	79	97,5	97,5	97,5
	Sim	2	2,5	2,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



P10DeficPsicomotor4					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	78	96,3	96,3	96,3
	Sim	3	3,7	3,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



P10DeficVisual5					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	65	80,2	80,2	80,2
	Sim	16	19,8	19,8	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



Há 81 casos (27+54=81), 54 dos quais não responderam às questões;

Sdd Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Sdd ^a	P10DeficFisica1	7	19,4%	25,9%
	P10DeficMental2	5	13,9%	18,5%
	P10DeficOutras3	2	5,6%	7,4%
	P10DeficPsicomotor4	3	8,3%	11,1%
	P10DeficVisual5	16	44,4%	59,3%
	P10DeficAuditiva6	3	8,3%	11,1%
Total		36	100,0%	133,3%

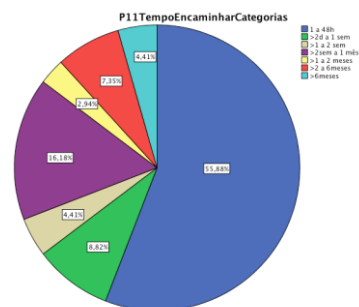
a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Há 81 casos (27+54=81), 54 dos quais não responderam às questões;

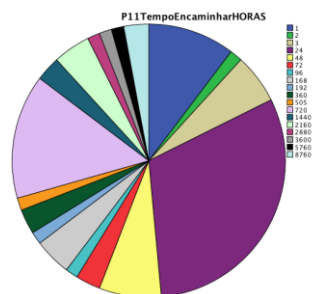
Através de uma análise de respostas múltiplas observou-se que nas 81 participantes, 23 manifestam alguma referencia a problema/incapacidade, observando-se 36 registos de alguma patologia/Deficiência reconhecida pelas próprias.

P11VitimaTempoCategorias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	1-3 meses	4	4,9	4,9	4,9
	4-6 meses	2	2,5	2,5	7,4
	7m-1ano	8	9,9	9,9	17,3
	>1 a 2 anos	5	6,2	6,2	23,5
	>2 a 4 anos	12	14,8	14,8	38,3
	>4 anos	50	61,7	61,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

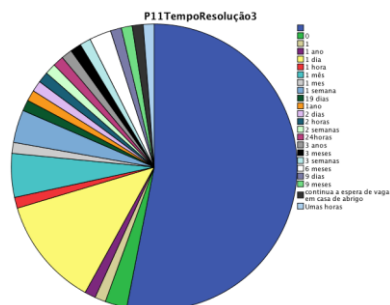
P11TempoEncaminharCategorias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	1 a 48h	38	46,9	55,9	55,9
	>2d a 1 sem	6	7,4	8,8	64,7
	>1 a 2 sem	3	3,7	4,4	69,1
	>2sem a 1 mês	11	13,6	16,2	85,3
	>1 a 2 meses	2	2,5	2,9	88,2
	>2 a 6meses	5	6,2	7,4	95,6
	>6meses	3	3,7	4,4	100,0
	Total	68	84,0	100,0	



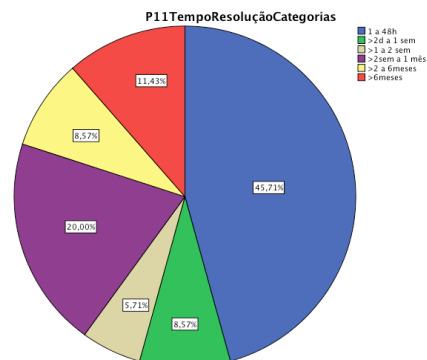
P11TempoEncaminharHORAS					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	1	7	8,6	10,3	10,3
	2	1	1,2	1,5	11,8
	3	4	4,9	5,9	17,6
	24	21	25,9	30,9	48,5
	48	5	6,2	7,4	55,9
	72	2	2,5	2,9	58,8
	96	1	1,2	1,5	60,3
	168	3	3,7	4,4	64,7
	192	1	1,2	1,5	66,2
	360	2	2,5	2,9	69,1
	505	1	1,2	1,5	70,6
	720	10	12,3	14,7	85,3
	1440	2	2,5	2,9	88,2
	2160	3	3,7	4,4	92,6
	2880	1	1,2	1,5	94,1
	3600	1	1,2	1,5	95,6
	5760	1	1,2	1,5	97,1
	8760	2	2,5	2,9	100,0
	Total	68	84,0	100,0	



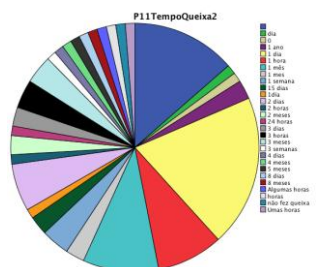
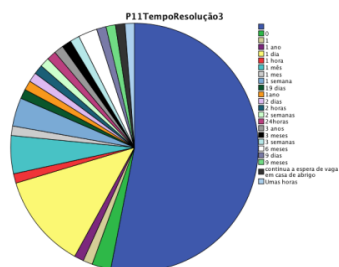
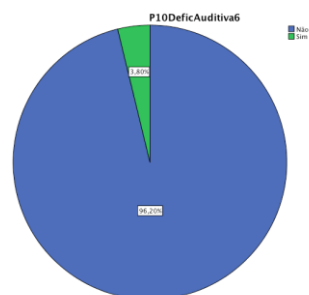
P11TempoResolução3					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid		43	53,1	53,1	53,1
	0	2	2,5	2,5	55,6
	1	1	1,2	1,2	56,8
	1 ano	1	1,2	1,2	58,0
	1 dia	10	12,3	12,3	70,4
	1 hora	1	1,2	1,2	71,6
	1 mes	1	1,2	1,2	77,8
	1 mês	4	4,9	4,9	76,5
	1 semana	3	3,7	3,7	81,5
	19 dias	1	1,2	1,2	82,7
	1ano	1	1,2	1,2	84,0
	2 dias	1	1,2	1,2	85,2
	2 horas	1	1,2	1,2	86,4
	2 semanas	1	1,2	1,2	87,7
	24horas	1	1,2	1,2	88,9
	3 anos	1	1,2	1,2	90,1
	3 meses	1	1,2	1,2	91,4
	3 semanas	1	1,2	1,2	92,6
	6 meses	2	2,5	2,5	95,1
	9 dias	1	1,2	1,2	96,3
	9 meses	1	1,2	1,2	97,5
	espera de vaga	1	1,2	1,2	98,8
	Um as horas	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



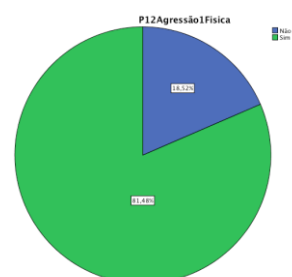
P11TempoResoluçãoCategorias					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	1 a 48h	16	19,8	45,7	45,7
	>2d a 1 sem	3	3,7	8,6	54,3
	>1 a 2 sem	2	2,5	5,7	60,0
	>2sem a 1 mês	7	8,6	20,0	80,0
	>2 a 6meses	3	3,7	8,6	88,6
	>6meses	4	4,9	11,4	100,0
	Total	35	43,2	100,0	



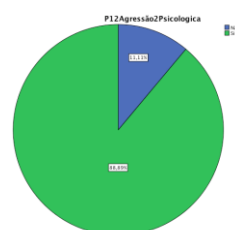
P10DeficAuditiva6					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	76	93,8	96,2	96,2
	Sim	3	3,7	3,8	100,0
	Total	79	97,5	100,0	
Missing	System	2	2,5		
Total		81	100,0		



P12Agressão1Fisica				
		n	%	Valid %
Valid	Não	15	18,5	18,5
	Sim	66	81,5	81,5
	Total	81	100,0	100,0

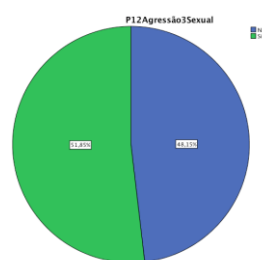


P12Agressão2Psicologica				
		n	%	Valid %
Valid	Não	9	11,1	11,1
	Sim	72	88,9	88,9
	Total	81	100,0	100,0



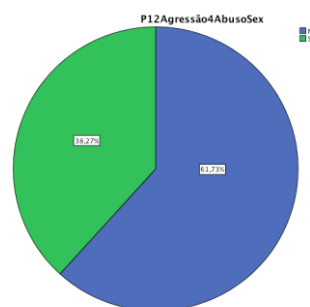
P12Agressão3Sexual

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	39	48,1	48,1	48,1
	Sim	42	51,9	51,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



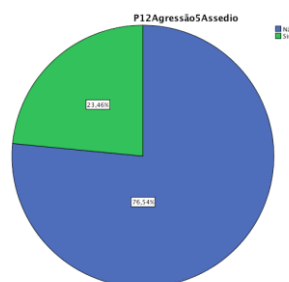
P12Agressão4AbusoSex

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	50	61,7	61,7	61,7
	Sim	31	38,3	38,3	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



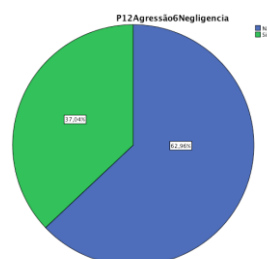
P12Agressão5Assedio

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	62	76,5	76,5	76,5
	Sim	19	23,5	23,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



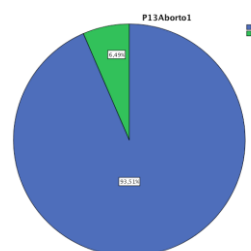
P12Agressão6Negligencia

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	51	63,0	63,0	63,0
	Sim	30	37,0	37,0	100,0
	Total	81	100,0	100,0	



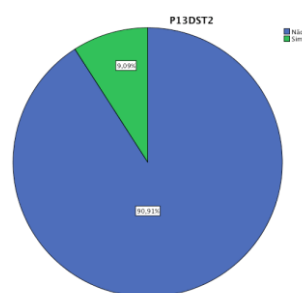
P13Aborto1

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	72	88,9	93,5	93,5
	Sim	5	6,2	6,5	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

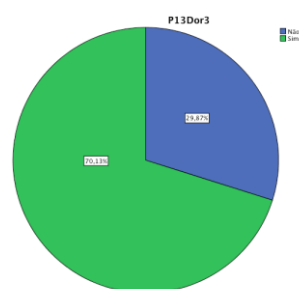


P13DST2

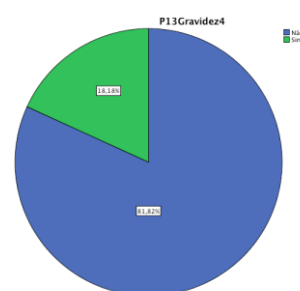
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	70	86,4	90,9	90,9
	Sim	7	8,6	9,1	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**P13Dor3**

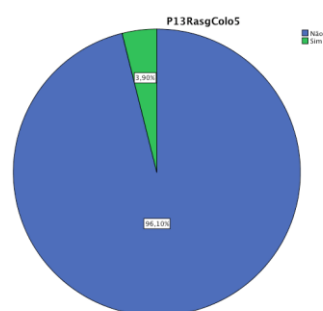
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	23	28,4	29,9	29,9
	Sim	54	66,7	70,1	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**P13Gravidez4**

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	63	77,8	81,8	81,8
	Sim	14	17,3	18,2	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

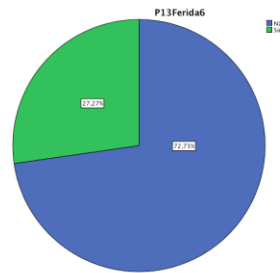
**P13RasgColo5**

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	74	91,4	96,1	96,1
	Sim	3	3,7	3,9	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

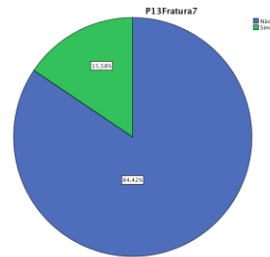


P13Ferida6

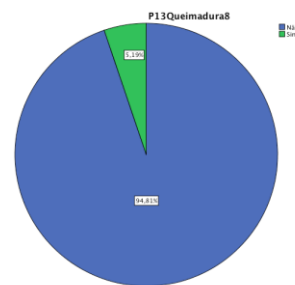
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	56	69,1	72,7	72,7
	Sim	21	25,9	27,3	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**P13Fratura7**

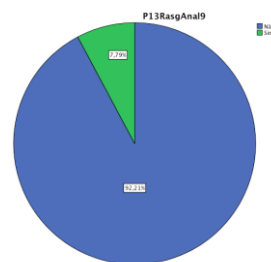
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	65	80,2	84,4	84,4
	Sim	12	14,8	15,6	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**P13Queimadura8**

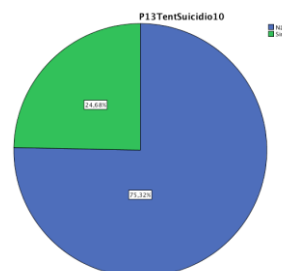
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	73	90,1	94,8	94,8
	Sim	4	4,9	5,2	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**P13RasgAna19**

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	71	87,7	92,2	92,2
	Sim	6	7,4	7,8	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

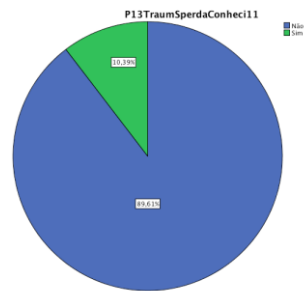
**P13TentSuicidio10**

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	58	71,6	75,3	75,3
	Sim	19	23,5	24,7	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		



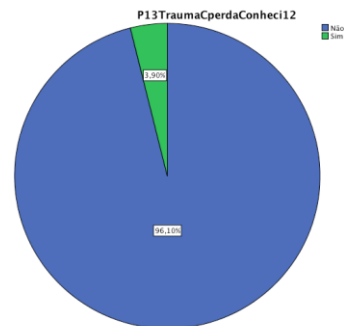
P13TraumSperdaConheci11

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	69	85,2	89,6	89,6
	Sim	8	9,9	10,4	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		



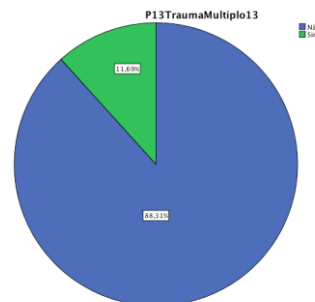
P13TraumaCperdaConheci12

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	74	91,4	96,1	96,1
	Sim	3	3,7	3,9	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		



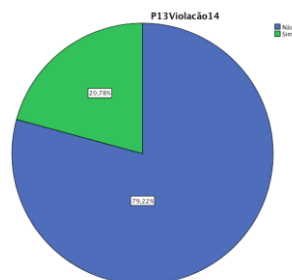
P13TraumaMultiplo13

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	68	84,0	88,3	88,3
	Sim	9	11,1	11,7	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		



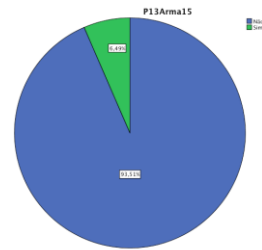
P13Violacão14

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	61	75,3	79,2	79,2
	Sim	16	19,8	20,8	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		



P13Arma15

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	72	88,9	93,5	93,5
	Sim	5	6,2	6,5	100,0
	Total	77	95,1	100,0	
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

**Case Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$q ^a	76	93,8%	5	6,2%	81	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

\$q Frequencies

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$q ^a	P12Agressão1Fisica	66	25,4%	86,8%
	P12Agressão2Psicologica	72	27,7%	94,7%
	P12Agressão3Sexual	42	16,2%	55,3%
	P12Agressão4AbusoSex	31	11,9%	40,8%
	P12Agressão5Assedio	19	7,3%	25,0%
	P12Agressão6Negligencia	30	11,5%	39,5%
Total		260	100,0%	342,1%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$w ^a	63	77,8%	18	22,2%	81	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

\$w Frequencies

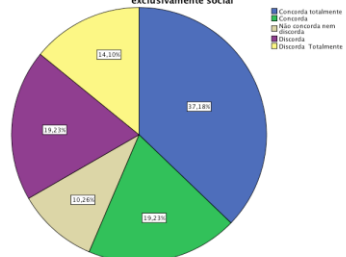
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$w ^a	P13Aborto1	5	2,7%	7,9%
	P13DST2	7	3,8%	11,1%
	P13Dor3	54	29,0%	85,7%
	P13Gravidez4	14	7,5%	22,2%
	P13RasgColo5	3	1,6%	4,8%
	P13Ferida6	21	11,3%	33,3%
	P13Fratura7	12	6,5%	19,0%
	P13Queimadura8	4	2,2%	6,3%
	P13RasgAnal9	6	3,2%	9,5%
	P13TentSuicidio10	19	10,2%	30,2%
	P13TraumSperdaConheci11	8	4,3%	12,7%
	P13TraumaCperdaConheci12	3	1,6%	4,8%
	P13TraumaMultiplo13	9	4,8%	14,3%
	P13Violacão14	16	8,6%	25,4%
	P13Arma15	5	2,7%	7,9%
Total		186	100,0%	295,2%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

P14-P2.Na sua opinião a violência contra as mulheres é um problema saúde pública?

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	37	45,7	46,3	46,3
	Concorda	24	29,6	30,0	76,3
	Não concorda nem discorda	10	12,3	12,5	88,8
	Discorda	3	3,7	3,8	92,5
	Discorda Totalmente	6	7,4	7,5	100,0
	Total	80	98,8	100,0	

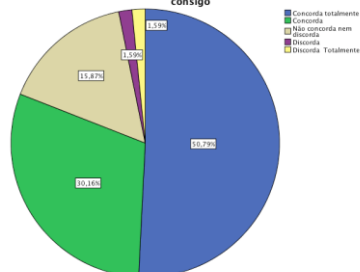
P14-P1. Na sua opinião a "Violência contra mulheres", é um problema exclusivamente social



P15-P3.No atendimento os profissionais de saúde foram atenciosos consigo

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	32	39,5	50,8	50,8
	Concorda	19	23,5	30,2	81,0
	Não concorda nem discorda	10	12,3	15,9	96,8
	Discorda	1	1,2	1,6	98,4
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,6	100,0
	Total	63	77,8	100,0	

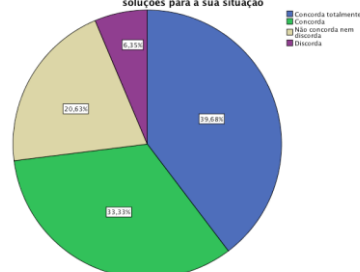
P15-P3.No atendimento os profissionais de saúde foram atenciosos consigo



P15-P4.No atendimento os profissionais de saúde procuraram encontrar soluções para a sua situação

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	25	30,9	39,7	39,7
	Concorda	21	25,9	33,3	73,0
	Não concorda nem discorda	13	16,0	20,6	93,7
	Discorda	4	4,9	6,3	100,0
	Total	63	77,8	100,0	

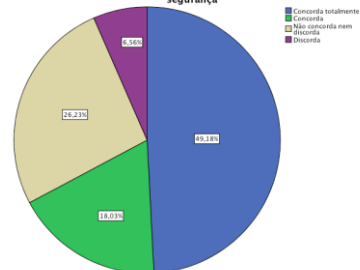
P15-P4.No atendimento os profissionais de saúde procuraram encontrar soluções para a sua situação



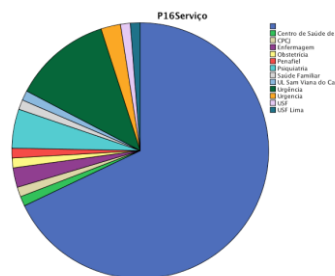
P15-P5.O encaminhamento que os profissionais lhe fizeram deu-lhe segurança

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	30	37,0	49,2	49,2
	Concorda	11	13,6	18,0	67,2
	Não concorda nem discorda	16	19,8	26,2	93,4
	Discorda	4	4,9	6,6	100,0
	Total	61	75,3	100,0	

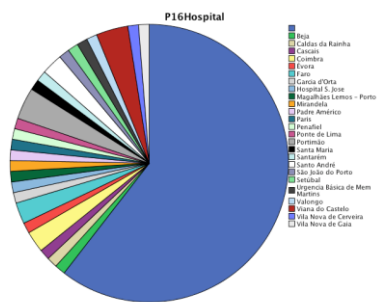
P15-P5.O encaminhamento que os profissionais lhe fizeram deu-lhe segurança

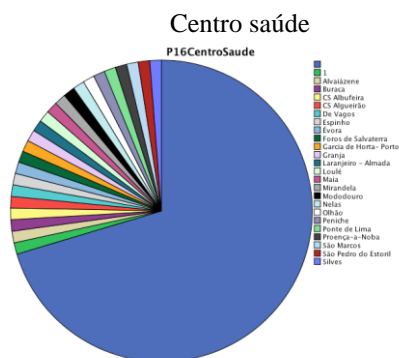


P16Serviço					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid		55	67,9	67,9	67,9
	Centro de Saúde de Sore	1	1,2	1,2	69,1
	CPCJ	1	1,2	1,2	70,4
	Enfermagem	2	2,5	2,5	72,8
	Obstetrícia	1	1,2	1,2	74,1
	Penafiel	1	1,2	1,2	75,3
	Psiquiatria	4	4,9	4,9	80,2
	Saúde Familiar	1	1,2	1,2	81,5
	UL Sam Viana do Castelo	1	1,2	1,2	82,7
	Urgencia	2	2,5	2,5	97,5
	Urgência	10	12,3	12,3	95,1
	USF	1	1,2	1,2	98,8
	USF Lima	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

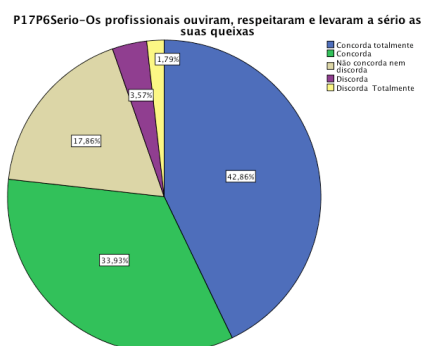


P16Hospital					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid		49	60,5	60,5	60,5
	Beja	1	1,2	1,2	61,7
	Caldas da Rainha	1	1,2	1,2	63,0
	Cascais	1	1,2	1,2	64,2
	Coimbra	2	2,5	2,5	66,7
	Évora	1	1,2	1,2	67,9
	Faro	2	2,5	2,5	70,4
	Garcia d'Orta	1	1,2	1,2	71,6
	Hospital S. Jose	1	1,2	1,2	72,8
	Magalhães Lemos - Porto	1	1,2	1,2	74,1
	Mirandela	1	1,2	1,2	75,3
	Padre Américo	1	1,2	1,2	76,5
	Paris	1	1,2	1,2	77,8
	Penafiel	1	1,2	1,2	79,0
	Ponte de Lima	1	1,2	1,2	80,2
	Portimão	3	3,7	3,7	84,0
	Santa Maria	1	1,2	1,2	85,2
	Santarém	1	1,2	1,2	86,4
	Santo André	2	2,5	2,5	88,9
	São João do Porto	1	1,2	1,2	90,1
	Setúbal	1	1,2	1,2	91,4
	Urgencia Básica de Mem Martins	1	1,2	1,2	92,6
	Valongo	1	1,2	1,2	93,8
	Viana do Castelo	3	3,7	3,7	97,5
	Vila Nova de Cerveira	1	1,2	1,2	98,8
	Vila Nova de Gaia	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

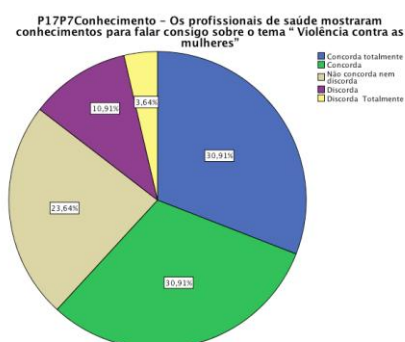




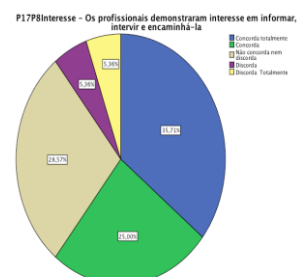
P17P6Sério- Os profissionais ouviram, respeitaram e levaram a sério as suas queixas					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	24	29,6	42,9	42,9
	Concorda	19	23,5	33,9	76,8
	Não concorda nem discorda	10	12,3	17,9	94,6
	Discorda	2	2,5	3,6	98,2
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,8	100,0
	Total	56	69,1	100,0	



P17P7Conhecimento - Os profissionais de saúde mostraram conhecimentos para falar consigo sobre o tema “ Violência contra as mulheres”					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	17	21,0	30,9	30,9
	Concorda	17	21,0	30,9	61,8
	Não concorda nem discorda	13	16,0	23,6	85,5
	Discorda	6	7,4	10,9	96,4
	Discorda Totalmente	2	2,5	3,6	100,0
	Total	55	67,9	100,0	



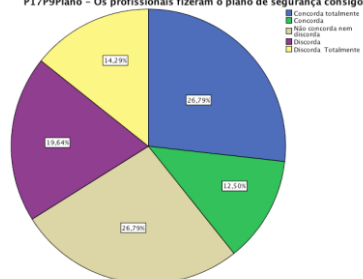
P17P8Interesse - Os profissionais demonstraram interesse em informar, intervir e encaminhá-la					
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	20	24,7	35,7	35,7
	Concorda	14	17,3	25,0	60,7
	Não concorda nem discorda	16	19,8	28,6	89,3
	Discorda	3	3,7	5,4	94,6
	Discorda Totalmente	3	3,7	5,4	100,0
	Total	56	69,1	100,0	



P17P9Plano - Os profissionais fizeram o plano de segurança consigo

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	15	18,5	26,8	26,8
	Concorda	7	8,6	12,5	39,3
	Não concorda nem discorda	15	18,5	26,8	66,1
	Discorda	11	13,6	19,6	85,7
	Discorda Totalmente	8	9,9	14,3	100,0
	Total	56	69,1	100,0	

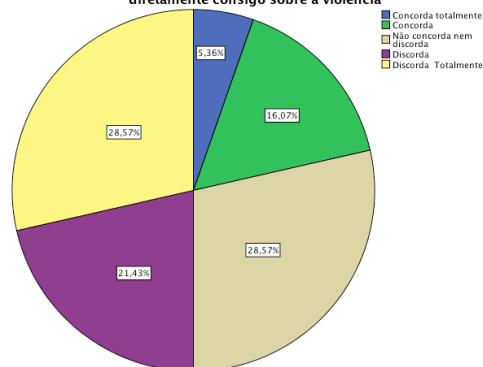
P17P9Plano - Os profissionais fizeram o plano de segurança consigo



P17P10DificFalar - Os profissionais tiveram dificuldade em falar diretamente consigo sobre a violência

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	3	3,7	5,4	5,4
	Concorda	9	11,1	16,1	21,4
	Não concorda nem discorda	16	19,8	28,6	50,0
	Discorda	12	14,8	21,4	71,4
	Discorda Totalmente	16	19,8	28,6	100,0
	Total	56	69,1	100,0	

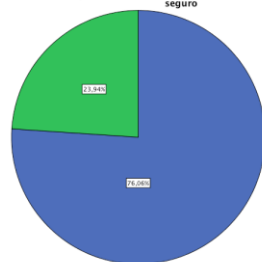
P17P10DificFalar - Os profissionais tiveram dificuldade em falar diretamente consigo sobre a violência



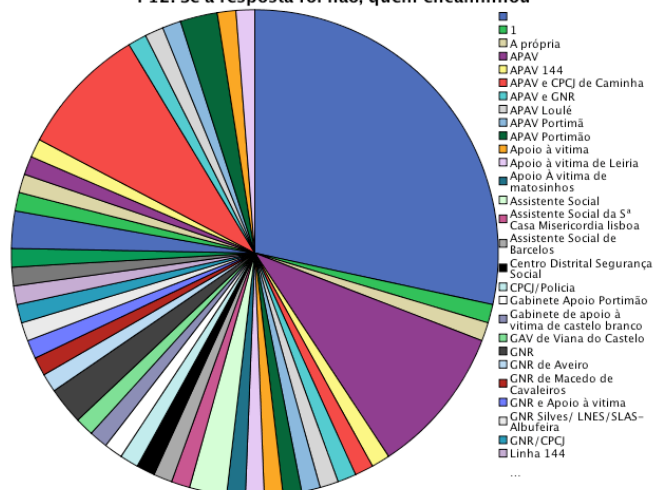
P.11 Foram os profissionais de saúde que a encaminharam para um local seguro

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Não	54	66,7	76,1	76,1
	Sim	17	21,0	23,9	100,0
	Total	71	87,7	100,0	

P.11 Foram os profissionais de saúde que a encaminharam para um local seguro

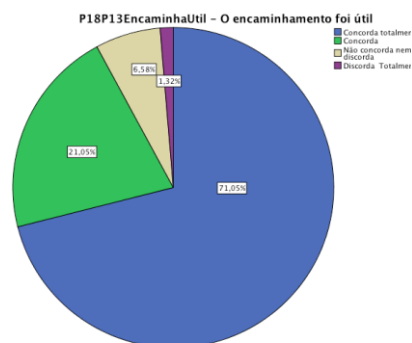


P12. Se a resposta foi não, quem encaminhou



P18P13EncaminhaUtil - O encaminhamento foi útil

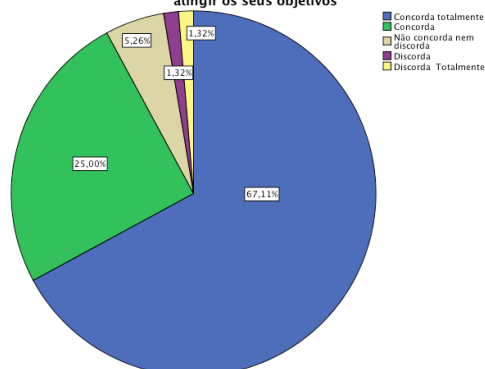
		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	54	66,7	71,1	71,1
	Concorda	16	19,8	21,1	92,1
	Não concorda nem discorda	5	6,2	6,6	98,7
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,3	100,0
	Total	76	93,8	100,0	



P18P14MaisValia - O Aconselhamento tem sido uma mais-valia para atingir os seus objetivos

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	51	63,0	67,1	67,1
	Concorda	19	23,5	25,0	92,1
	Não concorda nem discorda	4	4,9	5,3	97,4
	Discorda	1	1,2	1,3	98,7
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,3	100,0
	Total	76	93,8	100,0	

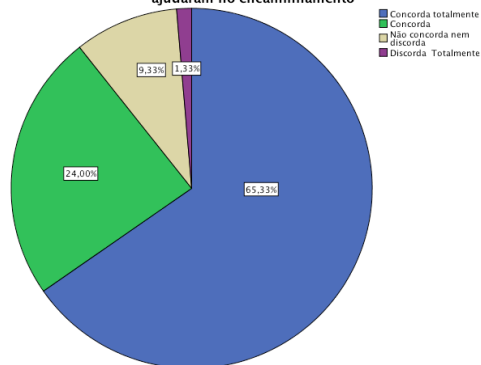
P18P14MaisValia - O Aconselhamento tem sido uma mais-valia para atingir os seus objetivos



P18P15ReferenciasAjudam - As referências entre os serviços de apoio a ajudaram no encaminhamento

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	49	60,5	65,3	65,3
	Concorda	18	22,2	24,0	89,3
	Não concorda nem discorda	7	8,6	9,3	98,7
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,3	100,0
	Total	75	92,6	100,0	

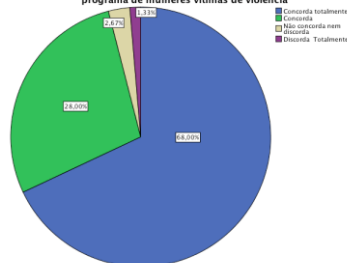
P18P15ReferenciasAjudam - As referências entre os serviços de apoio a ajudaram no encaminhamento



P18P16AjudaFuturo - Se necessitar de ajuda no futuro, recorre ao programa de mulheres vítimas de violência

		n	%	Valid %	Cum / %
Valid	Concorda totalmente	51	63,0	68,0	68,0
	Concorda	21	25,9	28,0	96,0
	Não concorda nem discorda	2	2,5	2,7	98,7
	Discorda Totalmente	1	1,2	1,3	100,0
	Total	75	92,6	100,0	
Miss- ing	System	6	7,4		
Total		81	100,0		

P18P16AjudaFuturo - Se necessitar de ajuda no futuro, recorre ao programa de mulheres vítimas de violência



P18P18AtençãoFilhos - Se tem filhos, considera que os profissionais tiveram atenção ao encaminhamento conjunto com os seus filhos

		n	%	Valid %	Cum/ %
Valid	Concorda totalmente	43	53,1	63,2	63,2
	Concorda	10	12,3	14,7	77,9
	Não concorda nem discorda	10	12,3	14,7	92,6
	Discorda	2	2,5	2,9	95,6
	Discorda Totalmente	3	3,7	4,4	100,0
	Total	68	84,0	100,0	

P18P18AtençãoFilhos - Se tem filhos, considera que os profissionais tiveram atenção ao encaminhamento conjunto com os seus filhos



Excerto de análise (Exemplo)				
QUEST	P19Sugestão1	53 (65.4%) não deram sugestão	Sub-Categoria	Categoria
A47	A PSP deveria ter mais formação a nível das vitimas de violência doméstica pois não sabem aconselhar as vitimas.	PSP deveria ter mais formação a nível das vitimas de violência doméstica (A 47) PSP não sabem aconselhar as vitimas doméstica (A 47)	PSP Recurso deficiente na orientação e aconselhamento	Formação dos recursos
A23	Acho que a policia que estivesse mais perto deveria ser quem intervia na proteção da vitima para esta fugir e não a destacada (muitas vezes mais longe)	A policia que estivesse mais perto deveria ser quem intervia na proteção da vitima para esta fugir e não a destacada (muitas vezes mais longe) (A 23)	Proteção à vitima condicionada por razões organizacionais da policia	Prontidão dos recursos
A22	Ajuda a arranjar casa	Ajuda a arranjar casa (A 22)	Apoio para encontrar espaço pessoal	Reorganização de vida
A36	Ajudem mais todo o tipo de violância doméstica	Ajudem mais todo o tipo de violância doméstica (A 36)	Necessidade de recursos face ao problema	Importância dos recursos
	Devemos olhar por nós mesmas não podemos permitir que o homem nos maltrate pois nós mulheres acabamos por ficar mal com tudo o que eles nos fazem.	AFASTA-SE DO TEMA EM OBSERVAÇÃO		
A62	Deveriam ter explicado em que consistia a casa de emergência, o que era e o que fazia.	Deveriam ter explicado em que consistia a casa de emergência, o que era e o que fazia (A 62).	Informar sobre função dos Serviços/elementos da rede	Missão dos recursos
A20	Estive muito tempo sem médico de familia e sempre que necessitava era um médico de recurso o que significava que era uma pessoa diferente sempre que ia as consultas. Assim as relações com estes era meramente pontuais.	Estive muito tempo sem médico de familia (A 20) e sempre que necessitava era um médico de recurso o que significava que era uma pessoa diferente sempre que ia as consultas (A 20) Assim as relações com estes era meramente pontuais (A 20)	Carencia de profissionais cuidadores Resposta desajustada por carencia Prejuizo na relação beneficiário-cuidador OU Proteção à vitima condicionada por razões organizacionais da saude (?)	Importância dos recursos OU Prontidão dos recursos
A28	Existe ainda muito machismo quer nos profissionais de saúde e certas mulheres que sofrem mas continuam caladas.	Existe ainda muito machismo quer nos profissionais de saúde (A 28) certas mulheres que sofrem mas continuam caladas (A 28)	Efeito dos valores dos profissionais de saude	Perceção de attitude dos cuidadores
			Vitimização continuada	Efeito das atitudes dos cuidadores sobre as beneficiárias
A31	Existe ainda muito machismo quer nos profissionais de segu-	Existe ainda muito machismo quer nos profissionais de segurança (A 31)	Efeito dos valores dos profissionais de segurança	Perceção de attitude dos cuidadores

	rança e certas mulheres que se deixam andar caladas e condenam as outras que sofrem mas têm coragem de tomar uma decisão.	...certas mulheres que se deixam andar caladas e condenam as outras que sofrem mas têm coragem de tomar uma decisão (A 31)	Vitimização continuada	Efeito das atitudes dos cuidadores sobre as beneficiárias
--	---	--	------------------------	---

APÊNDICE-G

Comissão de Ética para Investigação nas Áreas de
Saúde Humana e Bem-Estar Universidade Évora



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim
Email: msimsim@uevora.pt
Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Título do Projeto:

Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE

Nome dos investigadores:

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Irene dos Santos Cristina

Nível da Investigação:

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Orientadora: Prof.ª Maria Margarida Santana Fialho Sim - Sim

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Orientadora: Prof.ª Maria Margarida Santana Fialho Sim - Sim

Resumo / Abstract:

A violência é um problema que perturba a sociedade e a saúde individual e coletiva. A violência contra as mulheres é uma forma específica de maus tratos. Tem consequências para as figuras femininas que diretamente a sofrem, com repercussões sociofamiliares, acarretando marcas, mágoas e prejuízo grave nas esferas bio-psico-sociais. O CHBM-EPE tem em curso um programa de atendimento a mulheres vítimas de violência que decorre no Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica desde 2009. Torna-se necessário realizar a sua revisão e atualização. O projeto atual, através de recolha de dados junto de provedores e beneficiárias de cuidados vai descrever ambas as perspetivas. Respeitando os princípios éticos, a amostra dos provedores de cuidados reporta-se à população dos profissionais de enfermagem que exercem na urgência. A amostra das beneficiárias refere-se a mulheres que ultrapassaram a fase crítica, alojadas em casa abrigo. Para a seleção das mulheres obteve-se a colaboração do(as) psicólogo(a)s institucionais. O instrumento de recolha de dados para os provedores de cuidados é um questionário que visa as práticas clínicas e as dificuldades/facilidades no exercício. Para as mulheres em casa abrigo, o instrumento refere-se a avaliação do atendimento anterior em hospital e a solicitação de sugestões para melhoria. O projeto aqui apresentado consiste na vertente de investigação do Relatório do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Os resultados serão tidos em conta na revisão do Programa do CHBM-EPE contra a violência doméstica. Pretende-se a melhoria da qualidade dos cuidados.

Descritores DeCS: Violência Doméstica; Violência contra as Mulheres; Violência Sexual



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim

Email: msimsim@uevora.pt

Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Fundamentação e pertinência do estudo:

A violência consiste na intencionalidade de usar a força física, o poder tanto por ameaça como por consumação, levando a lesão, prejuízo ou compromisso de desenvolvimento, privação ou mesmo redundando em morte. É desta forma que a Direção Geral de Saúde em Portugal entende a violência (DGS, 2014). A visibilidade do fenómeno da violência entre pessoas que partilham espaços comuns, habituais, familiares ou privados tem aumentado. Tendem a ser mais público o(s) conflito(s) outrora assumidos como próprios do casal, ou carregados como destino do sexo feminino. Através da Conferência de Pequim, chega à discussão na Organização das Nações Unidas (ONU) o tema da Violência contra as Mulheres (VCM). Ganhou-se a expectativa de atingir igualdade, desenvolvimento e paz (UN-WOMEN, 1995). O conceito de violência baseada no género, anterior a Pequim e presente em vários documentos da ONU, reporta-se a violência dirigida à mulher, porque é uma mulher ou afetando desproporcionalmente a mulher (UN-WOMEN, 2009). O conceito refere-se na forma, em consumação ou ameaça de violência física, sexual, psicológica, perseguição, coerção ou impedimento de liberdade. Estende-se ainda a atos de rapto, mutilação genital ou outros deste tipo e invocados como culturais. Na violência de género considera-se a "mulher" independentemente da maior ou menor idade.

Na violência de género, inclui-se a violência doméstica (VD), a mais comum entre as diferentes formas de violência. O conceito de VD inscrito na reunião de Istambul define um quadro de atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem dentro da família ou unidade doméstica ou entre atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o perpetrador partilhe ou tenha partilhado ou não o mesmo domicílio com a vítima. Na mesma conferência, o conceito de VCM, é considerado uma violação dos direitos humanos, uma forma de discriminação contra as mulheres e significa todo o ato baseado na violência de género, que resulta ou tem probabilidade de resultar em agressão física, sexual, psicológica ou económica, ou causa sofrimento à mulher, incluindo ameaça destes atos, coerção, privação de liberdade, tanto ocorram em publico como na vida privada (Council of Europe, 2011). Esta definição transmite assim as várias tipificações dos crimes ocorridos contra as mulheres. A VD é um grave problema de saúde pública e os profissionais de saúde têm um papel crucial dada a maior acessibilidade (WHO, 2013).

Das recomendações emanadas por organizações internacionais, tais como ONU e OMS saem diretrizes que a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG), tem vindo a estabelecer através de vários planos. O último é V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e do Género (2014-2017) ("Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro," 2013). Com base nestes planos, cada instituição cria condições para prevenir, esclarecer, intervir e encaminhar estas vítimas. No Centro Hospital Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM-EPE), no ano de 2005, foi implementado no Serviço de Urgência Geral, o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação – acolher, informar e intervir. Surgiu assim da necessidade de melhor identificação, intervenção e encaminhamento das mulheres-vítimas. Em 2008 e por necessidade de resposta eficaz às mulheres admitidas em situação de violação, alargou-se o programa ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Em consonância com estes programas, as ONG e as estruturas locais divulgam o seu trabalho, investem na melhoria dos conhecimentos e do apoio às vítimas de VD. Por outro lado, as instituições as associações e a evolução, do quadro legal ajudam as sobreviventes no sentido da maior rapidez para atingir os seus direitos e apesar das lacunas legislativas, conseguem atingir a Casa Abrigo ("Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República," 2009; Lopes, Gemitto, & Pereira, 2012). A violência surge como fator de risco na saúde da mulher e além das consequências diretas sobre saúde, aumenta os riscos na saúde futura. Estudos de prevalência têm colocado em evidência a sua incidência durante a gravidez, com associação direta ou indireta no bem-estar materno e fetal (Cavalcanti, Moreira, Vieira, & Silva, 2015)

No nosso país, os casos de VD delatados formalmente estão em crescendo (i.e. 2013-2014: 12,4%), e em 2014



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim

Email: msimsim@uevora.pt

Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

registam 6774, ou seja cerca de 18.6 por dia, 130 por semana (APAV, 2015). Os dados no CHBM-EPE mostram aumento de violações (7 vítimas) e diminuição de violência doméstica (5 vítimas), sendo 1 vítima grávida. Face a mulheres com indícios ou traços de sofrimento, nem sempre é fácil para o profissional vencer constrangimentos, pensar com lógica e abordar o tema da violência. Algumas barreiras estão presentes, dificultando práticas clínicas, ainda que perante a violência as suas atitudes se encaminhem para tentativas de resolução (Rose, Trevillion, Woodall, Morgan, Feder & Howard, 2011). De facto para algumas mulheres a pergunta do profissional pode ser libertadora, elevar e levar ao ânimo e vontade de regressar a si como pessoa digna. Ou seja de romper com a sua figura de vítima. No exercício profissional reconhecem-se responsabilidades e vontade de empreender contributos para quebrar o ciclo de violência. Para haver sucesso da intervenção, há que saber como atuar, advogar em favor da vítima, conhecer a legislação, referenciar para rede de apoio, além de validar o risco com a vítima e de criar o plano de segurança. Os profissionais, agentes executores nas instituições devem atualizar-se. Desta forma, propõe-se um trabalho cujo objetivo geral é: Rever o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação "Acolher, Informar, Intervir", instituído no SUOG do CHBM-EPE. O projeto contempla atividades de diagnóstico de situação sobre o atual protocolo, recolha de dados em profissionais e mulheres em fase de recuperação, formação para atualização de conhecimentos e (re)construção de documentos. violência domestica.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE.

Objetivos Específicos:

- Descrever as atitudes dos EESMO quanto à violência contra as mulheres
- Descrever as práticas de atendimento às vítimas de violência
- Caraterizar a perceção da vítima quanto ao atendimento em meio hospitalar



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim

Email: msimsim@uevora.pt

Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Seleção da amostra:

Os participantes no estudo referem-se a a) profissionais de enfermagem, num total de 24 participantes, coincidindo a população com a amostra; b) mulheres-utentes que tendo recorrido ao serviço de urgência se encontram agora em casa abrigo, em amostra de conveniência. No momento não é possível ainda declarar o numero de participantes, pois dada a situação vivida, o processo de seleção obrigada a fase anterior por técnica de Psicologia.

Procedimentos metodológicos:

Estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.

A instituição hospitalar concedeu parecer sobre o interesse do estudo atual, sendo a resposta positiva, conforme Apêndice I. O projeto foi submetido à Comissão de Ética do CHBM-EPE, conforme Apêndice II. É ainda submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência de Obstétrica/Ginecologia são convidadas a participar, respeitando-se as recusas. O consentimento informado é apresentado à data de preenchimento do instrumento. As mulheres são abordadas primeiramente num convite à participação. Os critérios de seleção, além da designação em colaboração com a psicóloga, reportaram-se a saber ler e escrever em português. À data de preenchimento dos instrumentos, é apresentado o consentimento informado conforme Apêndice III e IV.

Os dados são tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 20.

Instrumentos de avaliação:

Questionários aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, do Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do CHBM-EPE. O questionário aplicado, além da primeira secção com as variáveis sociodemográficas, reflete as variáveis do estudo ocorrido em Espanha (Rojas-Loria, 2014). Consultar Ficheiro "QuestEnfermeiras".

Questionários às vítimas/sobreviventes, que estejam no período do estudo em casa abrigo do Montijo, que aplica as dimensões do programa Chicago (Programa Chicago, 2013). Consultar Ficheiro "QuestMulheres".



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim

Email: msimsim@uevora.pt

Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Como serão recolhidos os dados:

Os questionários aos profissionais são enviados através de aplicação computadorizada, por solicitação de contactos. A interface de entrada, apresenta o consentimento informado.

Os questionários às mulheres da Casa Abrigo serão entregues e devolvidos utilizando-se a figura do Psicólogo como intermediário, no sentido da menor intrusão no espaço protegido da vítima.

Antecipam-se algumas atividades conforme o Quadro I.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Tendo-se realizado os procedimentos de permissão junto da hierarquia da instituição, conforme Apêndice A e os atos de consentimento informado mantêm-se a confidencialidade dos dados.

Questionários respondidos de forma anónima e registados numericamente.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

APAV. (2015). Estatísticas APAV. Relatório anual 2014. (pp. 25). Retrieved from

http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf

Cavalcanti, L., Moreira, G., Vieira, L., & Silva, R. (2015). Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. Saude em debate, 39(107), 1079-1091.

Council of Europe. (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Retrieved from https://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/03themes/violence-against-women/Conv_VAW_en.pdf

DGS (2014). Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida - Violência Interpessoal Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde(Dez.2014)

http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/dgs_manual_profissionais.pdf

Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República, 152 C.F.R. (2009).

Lopes, M., Gemito, L., & Pereira, F. (2012). Violência Doméstica. Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora. Évora: Universidade de Évora.

Ministério da Administração Interna Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna. Violência Doméstica - 2014. Relatório anual de monitorização. (Agosto 2015). Retrieved from www.sgmai.mai.gov.pt

OMS (1997). The World Health Report. Retrieved from:

<http://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=24&codcch=1997>

Portugal- Presidência de Conselho de Ministros: Comissão para a cidadania e Igualdade de género(2009). Igualdade de Género em Portugal. 3ª Edição. Retrieved from: <http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/igualdade de genero2009 miolo.pdf>

Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G. & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. The British Journal of Psychiatry Feb 2011, 198 (3) 189-194; DOI: 10.1192/bjp.bp.109.072389



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim
Email: msimsim@uevora.pt
Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro, 253 C.F.R. (2013).
UN-WOMEN. (1995). Platform for Action. The United Nations. Fourth World Conference on Women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosi>
UN-WOMEN. (2009). Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>
WHO. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (pp. 57). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospital Barreiro Montijo EPE sobre Violência Contra as Mulheres

Objetivos:

- a) ☐ Obter a opinião da mulher sobre os cuidados de enfermagem que recebeu nos serviços de saúde onde recorreu;
- b) ☐ Obter a opinião da mulher sobre o encaminhamento realizado pelas enfermeiras, para os locais onde ficou alojada

Apresento-me como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que na qualidade de estudante do Mestrado na Universidade se encontra a realizar o estudo acima referido. Para tal, peço o contributo da Senhora, respondendo a um questionário que se refere à forma como as enfermeiras a receberam, a cuidaram, a atenderam no hospital onde recorreu e como foi encaminhada para o local onde ficou alojada.

O questionário leva aproximadamente 15-20 minutos a preencher. O estudo não tem benefícios diretos para a senhora, mas pode influenciar a melhoria dos cuidados no nosso hospital/instituição; também não tem riscos para a senhora e a intenção é recolher as suas opiniões e experiências. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

- 1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois todos os questionários são guardados por mim.
- 2 - Jamais a informação deste estudo a identificará de forma alguma;
- 4- Os resultados da investigação estão ao seu dispor, se me os solicitar através dos contactos abaixo.

Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo telemóvel 924050873, ou pelo e-mail: irene.cristina@sapo.pt

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora.
Muito obrigada pela sua participação



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim
Email: msimsim@uevora.pt
Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Li este consentimento e concordo em participar ☐ Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu
Data ____/____/____

Rubrica da Senhora Participante ☐ Data ____/____/____

Irene dos Santos Cristina (RN)

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: Violência Contra as Mulheres: Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospital Barreiro Montijo
EPE

Objetivos:

- 1) ☐ Obter a opinião do(a)s enfermeiro(a)s sobre o protocolo de atuação existente no serviço dirigido as vítimas/
sobreviventes de violência doméstica/ violação;
- 2) ☐ Obter a opinião dos enfermeiros sobre estratégias para validação do risco das vítimas

Apresento-me como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que na qualidade de estudante do
Mestrado na Universidade se encontra a realizar o estudo acima referido. Para tal, peço o seu contributo como
profissional que exerce num serviço que atende vítimas de violência, respondendo a um questionário cujos objetivos
estão definidos acima.

O questionário leva aproximadamente 15-20 minutos a preencher. O estudo não tem benefícios diretos para si, mas
pode influenciar a melhoria dos cuidados no nosso hospital/instituição; também não tem riscos para si e a intenção é
recolher as suas opiniões e experiências. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este
convite. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

- 1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois todos os questionários são guardados por mim.
- 2 – Jamais a informação deste estudo a identificará de forma alguma;
- 4- Os resultados da investigação estão ao seu dispor e serão publicitados.

Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo telemóvel 924050873, ou pelo e-mail: irene.cristina@sapo.pt

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Muito obrigada pela sua participação

Li este consentimento e concordo em participar ☐ Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu
Data ____/____/____



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem
Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/9889/2016

Requerente

Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim

Email: msimsim@uevora.pt

Unidade: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

Rubrica do(a) Enfermeiro(a) Participante □ Data ____/____/____

Irene dos Santos Cristina (RN)

APÊNDICE-H

Projeto CICTS Pedido – Avaliação de Projetos

Pedido - Avaliação de Projetos

TÍTULO DO PROJETO:

Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo EPE

Nome dos Investigadores:

Irene dos Santos Cristina

Nível de Investigação:

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Responsáveis Académicos –Orientador

Prof.^a Maria Margarida Santana Fialho Sim - Sim

Resumo

A violência é um problema que perturba a sociedade e a saúde individual e coletiva. A violência contra as mulheres é uma forma específica de maus tratos. Tem consequências para as figuras femininas que diretamente a sofrem, com repercussões sociofamiliares, acarretando marcas, mágoas e prejuízo grave nas esferas bio-psico-sociais. O CHBM-EPE tem em curso um programa de atendimento a mulheres vítimas de violência que decorre no Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica desde 2009. Torna-se necessário realizar a sua revisão e atualização. O projeto atual, através de recolha de dados junto de provedores e beneficiárias de cuidados vai descrever ambas as perspetivas. Respeitando os princípios éticos, a amostra dos provedores de cuidados reporta-se à população dos profissionais de enfermagem que exercem na urgência. A amostra das beneficiárias refere-se a mulheres que ultrapassaram a fase crítica, alojadas em casa abrigo. Para a seleção das mulheres obteve-se a colaboração do(as) psicóloga(s) institucionais. O instrumento de recolha de dados para os provedores de cuidados é um questionário que visa as praticas clinicas e as dificuldades/facilidades no exercício. Para as mulheres em casa abrigo, o instrumento refere-se a avaliação do atendimento anterior em hospital e a solicitação de sugestões para melhoria. O projeto aqui apresentado consiste na vertente de investigação do Relatório do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Os resultados serão tidos em conta na revisão do Programa do CHBM-EPE contra a violência domestica. Pretende-se a melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave/Descritores DeCS: Violência Doméstica; Violência contra as Mulheres; Violência Sexual

Abstract

Violence is a problem that disturbs society and the individual and collective health. Violence against women is a particular form of ill-treatment. It has consequences for the female figures who directly suffer with social-familial repercussions, leading marks, hurts and serious damage in the bio-psycho-social spheres. The CHBM-EPE has an ongoing program of assistance to women victims of violence that

takes place in the ER Obstetric / Gynecology since 2009. It is necessary to carry out its review and update. The current project, through data collection from providers and recipients of care will describe both perspectives. Respecting the ethical principles, the sample of care providers refers to the population of nursing professionals working in emergency. The sample of beneficiaries refers to women who have surpassed the critical phase, sheltered in a shelter home. For the selection of the women it was obtained the cooperation of (the) psychologist (s) institutional. The data collection tool for care providers is a questionnaire aimed at the clinical practices and difficulties / facilities in the exercise. For the women at shelter home under the instrument refers to the evaluation of the previous care in hospital and request suggestions for improvement. The project presented here is the strand of the investigation Professional Master's Report on Maternal Health Nursing and Obstetrics. The results will be taken into account in the review of CHBM-EPE Program against domestic violence. It is intended to the improvement of the quality of care.

Keywords / Descriptors DeCS: Domestic Violence; Violence against Women; Sexual violence

Fundamentação e Pertinência do Estudo

A violência consiste na intencionalidade de usar a força física, o poder tanto por ameaça como por consumação, levando a lesão, prejuízo ou compromisso de desenvolvimento, privação ou mesmo redundando em morte. É desta forma que a Direção Geral de Saúde em Portugal (DGS,) entende a violência. A visibilidade do fenómeno da violência entre pessoas que partilham espaços comuns, habituais, familiares ou privados tem aumentado. Tendem a ser mais público o(s) conflito(s) outrora assumidos como próprios do casal, ou carregados como destino do sexo feminino. Através da Conferência de Pequim, chega à discussão na Organização das Nações Unidas (ONU) o tema da Violência contra as Mulheres (VCM). Ganharam-se a expectativa de atingir igualdade, desenvolvimento e paz (UN-WOMEN, 1995). O conceito de violência baseada no género, anterior a Pequim e presente em vários documentos da ONU, reporta-se a violência dirigida à mulher, porque é uma mulher ou afetando desproporcionalmente a mulher (UN-WOMEN, 2009). O conceito refere-se na forma, em consumação ou ameaça de violência física, sexual, psicológica, perseguição, coerção ou impedimento de liberdade. Estende-se ainda a atos de rapto, mutilação genital ou outros culturais deste tipo. Na violência de género considera-se a “mulher” independentemente da maior ou menor idade.

Na violência de género, inclui-se a violência doméstica (VD), a mais comum entre as diferentes formas de violência. O conceito de VD inscrito na reunião de Istambul define um quadro de atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem dentro da família ou unidade doméstica ou entre atuais ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o perpetrador partilhe ou tenha partilhado ou não o mesmo domicílio com a vítima. Na mesma conferência, o conceito de VCM, é considerado uma violação dos direitos humanos, uma forma de discriminação contra as mulheres e significa todo o ato baseado na violência de género, que resulta ou tem probabilidade de resultar em agressão física, sexual, psicológica ou económica, ou causa sofrimento à mulher, incluindo ameaça destes atos, coerção, privação de liberdade, tanto ocorreram em publico como na vida privada (Council of Europe, 2011). Esta definição transmite assim as várias tipificações dos crimes ocorridos contra as mulheres. A VD é um grave problema de saúde pública e os profissionais de saúde têm um papel crucial dada a maior acessibilidade (WHO, 2013).

Das recomendações emanadas por organizações internacionais, tais como ONU e OMS saem diretrizes que a Comissão para a Cidadania e Igualdade do Género (CIG), tem vindo estabelecer através de vários planos. O último é V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Domestica e do Género (2014-2017) ("Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro," 2013). Com base nestes planos, cada instituição cria condições para prevenir,

esclarecer, intervir e encaminhar estas vítimas. No Centro Hospital Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM-EPE), no ano de 2005, foi implementado no Serviço de Urgência Geral, o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação – acolher, informar e intervir. Surgiu assim da necessidade de melhor identificação, intervenção e encaminhamento das mulheres-vítimas. Em 2008 e por necessidade de resposta eficaz às mulheres admitidas em situação de violação, alargou-se o programa ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Em consonância com estes programas, as ONG e as estruturas locais divulgam o seu trabalho, investem na melhoria dos conhecimentos e do apoio às vítimas de VD. Por outro lado, as instituições as associações e a evolução, do quadro legal ajudam as sobreviventes no sentido da maior rapidez para atingir os seus direitos e apesar das lacunas legislativas, conseguem atingir a Casa Abrigo ("Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República," 2009; Lopes, Gemito, & Pereira, 2012). A violência surge como fator de risco na saúde da mulher e além das consequências diretas sobre saúde, aumenta os riscos na saúde futura. Estudos de prevalência têm colocado em evidência a sua incidência durante a gravidez, com associação direta ou indireta no bem-estar materno e fetal (Cavalcanti, Moreira, Vieira, & Silva, 2015)

No nosso país, os casos de VD delatados formalmente estão em crescendo (i.e. 2013-2014: 12,4%), e em 2014 registam 6774, ou seja cerca de 18.6 por dia, 130 por semana (APAV, 2015). Os dados no CHBM-EPE mostram aumento de violações (7 vítimas) e diminuição de violência doméstica (5 vitimas), sendo 1 vítima grávida.

No exercício profissional reconhecem-se responsabilidades e vontade de empreender contributos para quebrar o ciclo de violência. Para haver sucesso da intervenção, há que saber como atuar, advogar em favor da vítima, conhecer a legislação, referenciar para rede de apoio, além de validar o risco com a vítima e de criar o plano de segurança. Os profissionais, agentes executores nas instituições devem atualizar-se. Desta forma, propõe-se um trabalho cujo objetivo geral é: Rever o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação “**Acolher, Informar, Intervir**”, instituído no SUOG do CHBM-EPE. O projeto contempla atividades de diagnóstico de situação sobre o atual protocolo, recolha de dados em profissionais e mulheres em fase de recuperação, formação para atualização de conhecimentos e (re)construção de documentos.

violência domestica.

Objetivo Geral:

Melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE.

Objetivos Específicos:

Descrever as atitudes dos EESMO quanto à violência contra as mulheres

Descrever as práticas de atendimento às vitimas de violência

Caraterizar a perceção da vitima quanto ao atendimento em meio hospitalar

Seleção da Amostra

Os participantes no estudo referem-se a a) profissionais de enfermagem, num total de 24 participantes, coincidindo a população com a amostra; b) mulheres-utentes que tendo recorrido ao serviço de urgência se encontram agora em casa abrigo, em amostra de conveniência. No momento não é possível ainda declarar o numero de participantes, pois dada a situação vivida, o processo de seleção obrigada a fase anterior por técnica de Psicologia.

Procedimentos Metodológicos:

Estudo exploratório, descritivo com abortagem quantitativa.

A instituição hospitalar concedeu parecer sobre o interesse do estudo atual, sendo a resposta positiva, conforme Apêndice I. O projeto foi submetido à Comissão de Ética do CHBM-EPE, conforme Apêndice II. É ainda submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Os enfermeiros do Serviço de Urgência de Obstétrica/Ginecologia são convidadas a participar, respeitando-se as recusas. O consentimento informado é apresentado à data de preenchimento do instrumento. As mulheres são abordadas primeiramente num convite à participação. Os critérios de seleção, além da designação em colaboração com a psicóloga, reportaram-se a saber ler e escrever em português. À data de preenchimento dos instrumentos, é apresentado o consentimento informado conforme Apêndice III e IV.

Os dados são tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 20.

Instrumentos de avaliação:

Questionários aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, do Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do CHBM-EPE. O questionário aplicado, além da primeira secção com as variáveis sociodemográficas, reflete as variáveis do estudo ocorrido em Espanha (Rojas-Loria, 2014).

Questionários às vítimas/sobreviventes, que estejam no período do estudo em casa abrigo do Montijo, que aplica as dimensões do programa Chicago (Programa Chicago, 2013).

Como serão recolhidos os dados:

Os questionários aos profissionais são enviados através de aplicação computadorizada, por solicitação de contactos. A interface de entrada, apresenta o consentimento informado.

Os questionários às mulheres da Casa Abrigo serão entregues e devolvidos utilizando-se a figura do Psicólogo como intermediário, no sentido da menor intrusão no espaço protegido da vítima.

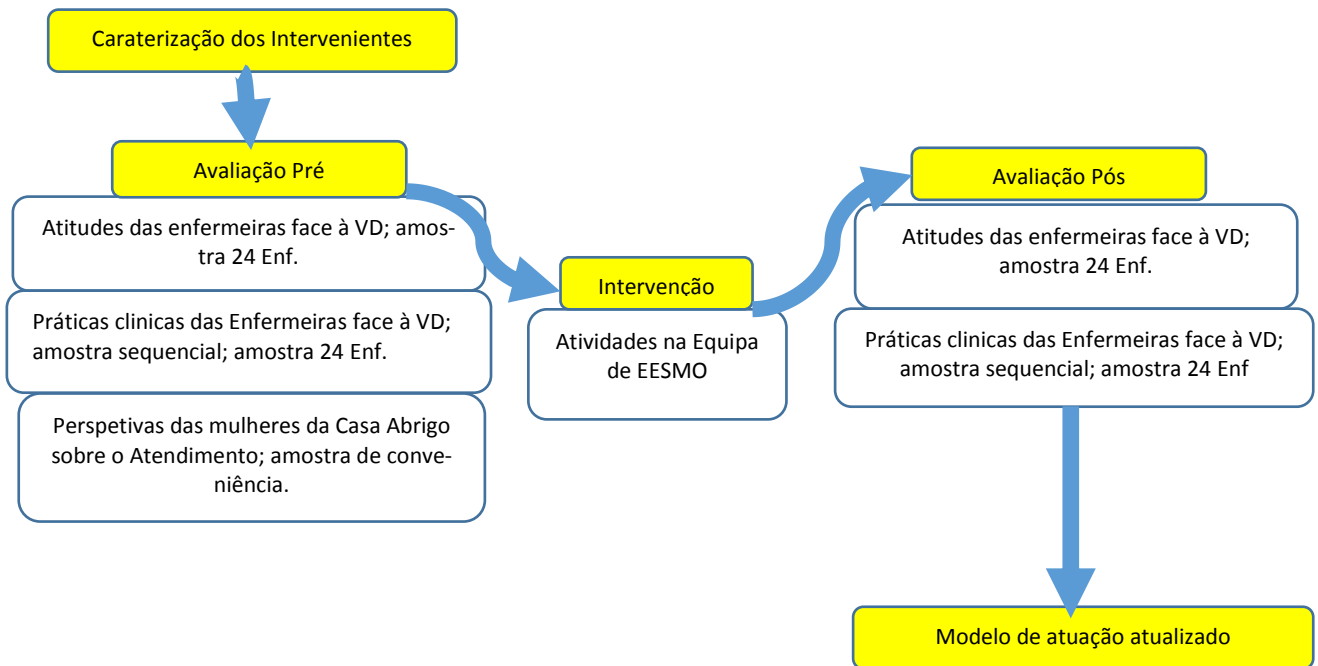
Antecipam-se algumas atividades conforme o Quadro I.

Como será mantida a confidencialidade dos registros:

Tendo-se realizado os procedimentos de permissão junto da hierarquia da instituição, conforme Apêndice A e os atos de consentimento informado mantém-se a confidencialidade dos dados.

Questionários respondidos de forma anônima e registados numericamente.

Diagrama do Estudo



Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Referências

- APAV. (2015). *Estatísticas APAV. Relatório anual 2014*. (pp. 25). Retrieved from http://www.apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf
- Cavalcanti, L., Moreira, G., Vieira, L., & Silva, R. (2015). Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saude em debate*, 39(107), 1079-1091.
- Council of Europe. (2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Retrieved from https://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/03themes/violence-against-women/Conv_VAW_en.pdf
- DGS (2014). Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida - *Violência Interpessoal Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (Dez.2014) http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/dgs_manual_profissionais.pdf
- Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro da Assembleia da República, 152 C.F.R. (2009).
- Lopes, M., Gemito, L., & Pereira, F. (2012). *Violência Doméstica. Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora*. Évora: Universidade de Évora.
- Ministério da Administração Interna Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna. Violência Doméstica - 2014. Relatório anual de monitorização. (Agosto 2015). Retrieved from www.sgmai.mai.gov.pt
- OMS (1997). The World Health Report. Retrieved from: <http://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=24&codcch=1997>
- Portugal- Presidência de Conselho de Ministros: Comissão para a cidadania e Igualdade de género(2009). Igualdade de Género em Portugal. 3ª Edição. Retrieved from: http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/igualdadede_genero2009_miolo.pdf
- Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2013 de 31 de Dezembro, 253 C.F.R. (2013).
- UN-WOMEN. (1995). Platform for Action. The United Nations. Fourth World Conference on Women. Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/violence.htm#diagnosi>

UN-WOMEN. (2009). Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. Retrieved from

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* (pp. 57). Retrieved

from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

APÊNDICE-I

Consentimento informado para questionário dos enfermeiros ESMO, do CHBM- EPE

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação no Estudo

Título do Estudo: Violência Contra as Mulheres: Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospital Barreiro Montijo EPE

Objetivos:

- 1) Obter a opinião do(a)s enfermeiro(a)s sobre o protocolo de atuação existente no serviço dirigido as vítimas/ sobreviventes de violência doméstica/ violação;
- 2) Obter a opinião dos enfermeiros sobre estratégias para validação do risco das vítimas

Apresento-me como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que na qualidade de estudante do Mestrado na Universidade se encontra a realizar o estudo acima referido. Para tal, peço o seu contributo como profissional que exerce num serviço que atende vítimas de violência, respondendo a um questionário cujos objetivos estão definidos acima.

O questionário leva aproximadamente 15-20 minutos a preencher. O estudo não tem benefícios diretos para si, mas pode influenciar a melhoria dos cuidados no nosso hospital/instituição; também não tem riscos para si e a intenção é recolher as suas opiniões e experiências. A decisão de participar é sua. Considere-se livre para aceitar ou rejeitar este convite. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar.

Neste estudo asseguro-lhe que:

- 1 - A confidencialidade dos dados é garantida pois todos os questionários são guardados por mim.
- 2 – Jamais a informação deste estudo a identificará de forma alguma;
- 4- Os resultados da investigação estão ao seu dispor e serão publicitados.

Caso tenha alguma dúvida pode contactar-me pelo telemóvel 924050873, ou pelo e-mail: irene.cristina@sapo.pt

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Muito obrigada pela sua participação

Li este consentimento e concordo em participar

Data ____/____/____

Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu

Data ____/____/____

Rubrica do(a) Enfermeiro(a) Participante

Irene dos Santos Cristina (RN)

APÊNDICE-J

Questionários dos Enfermeiros

1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional do(a) Participante

Por favor responda às questões colocadas escrevendo ou assinalando com **X**

1.Idade _____ anos

2.Instituição principal onde exerce a profissão

3.Sexo

1.Masculino
2.Feminino

4.Serviço onde exerce a profissão

5.Formação académica

1.Doutoramento

2.Mestrado

3.Pos-licenciatura

4.Licenciatura

6.Categoria Profissional

1.Especialista

Anos de serviço como Especialista _____ anos

2.Generalista

Ano em que iniciou funções como enfermeiro(a)

_____ (com o bacharelato se for o caso)

7.Formação continua no campo Saúde Materna

1.Aleitamento Materno

2.Mutilação Genital

3.Cuidados Perinatais

4.Preparação para o Parto/Nascimento

5.Violência Doméstica/Sexual

6.Contraceção de Emergência

7.Outra. Qual

8.Vínculo à Instituição

1.Quadro de Pessoal da Instituição

2.Contrato Individual de Trabalho

8.Reside no Concelho de _____

9.Estado Civil

1.Solteira

2.União de Facto

3.Casada

4.Divorciada/Separada

5.Viúva

10.Agregado Familiar

1.Só com o marido/companheiro

2.Sem o marido/companheiro

3.Com o marido/companheiro e filhos (s)

4.Outro. Qual _____

11.Se tem filhos, quantos

--

12.Sabe de alguma MULHER da sua família vítima de violência pelo parceiro sexual?

13. Sabe de alguma MULHER sua amiga vítima de violência pelo parceiro sexual?

14. Sabe de alguma MULHER sua vizinha vítima de violência pelo parceiro sexual?

0.Não	1.Sim
0.Não	1.Sim
0.Não	1.Sim

Responda por favor às questões seguintes que solicitam o seu nível de concordância

P1. A violência contra as mulheres é um problema social

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P2. A violência contra as mulheres é um problema de saúde

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P3. A violência contra as mulheres é um problema privado do casal

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P4. A violência contra as mulheres só acontece no casal-casado/união de facto

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P5. Com que frequência pergunta às suas Clientes/Utentes se são vítimas de violência

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P6. Receia ofender as clientes/utentes quando aborda o assunto da violência

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P7. Incomoda-o(a) tratar o assunto da violência

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P8. Sente segurança para abordar junto das clientes/utentes o assunto da violência

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P9. Evita perguntar se são vítimas porque não sabe como perguntar

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P10. Evita perguntar se são vítimas por dificuldade em controlar a eventual reação emocional da mulher

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P11. Evita perguntar se são vítimas dadas as normas judiciais posteriores para identificação destes problemas

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P12. Evita perguntar, pois, ainda que identifique o problema pode não ter soluções adequadas

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P13. Evita perguntar se são vítimas dado o tempo que o assunto exige

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P14. Não pergunta se são vítimas de violência pois é um assunto da Assistência Social e não da Enfermagem

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

No seu exercício profissional como Enfermeiro(a) de Saúde Materna e Obstétrica:

P15. Segue o protocolo de atuação “Mulheres Vítimas de Violência Doméstica /Violação” do serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P16.Frente a qualquer mulher deve estar alerta para a possibilidade de maus tratos e perguntar sobre fatores de risco

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P17. Deve atuar só quando solicitado pela mulher

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P18. Deve atuar só quando existem lesões físicas

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P19. Considera que existem sintomas de recorrência á urgência sugestivos de violência doméstica

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P20. Os sintomas seguintes fazem pensar que as vítimas podem sofrer de maus tratos

	0.Não	1.Sim
Recorrências ao serviço de urgência por queixas inespecífica		
Depressão		
Dores torácicas		
Dores abdominais inespecífica		
Abortos espontâneos de repetição		
Dispepsia		
Crises de ansiedade		

Quando tem a certeza que a mulher é vítima de maus tratos:

P21. Preenche a folha informatizada quando tem mulheres vítimas de violência/ violação

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P22.Considera se corre risco grave por lesões físicas

1.Concordo totalmente	2.Concordo	3.Não concordo nem discordo	4.Discordo	5.Discordo Totalmente

P23. Valoriza o risco de suicídio

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P24.Dos fatores seguintes quais considera de maior risco para violência doméstica

	0.Não	1.Sim
Companheiro alcoólico		
Antecedentes familiares de violência doméstica		
Mulher com depressão		
Companheiro desempregado		
Estar grávida		

P25. Entrega e valida o plano de segurança com a vítima

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P25. Encaminha as mulheres vítimas de violência doméstica

1.Sempre	2.Quase sempre	3.As vezes	4.Quase nunca	5.Nunca

P.27 Que recursos considera da rede de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica

	0.Não	1.Sim
Camara Municipal Barreiro		
Camara Municipal Montijo		
Assistente social		
Consulta de psicologia		
Consulta de infeciologia		
Consulta de obstetrícia		
Encaminhamento proteção de menores		
Associação das Mulheres Vítimas de Violência		
Casa de Abrigo		
Associação de apoio a vítima		
Associação de mulheres contra a violência		

P28. Considere os encaminhamentos mais frequentes às vítimas de violência doméstica/violação?

	0.Não	1.Sim
Instituto Medicina legal		
Forças de Segurança		
Casa de Amigos		
Casa Familiares		
Casa Abrigo		
Domicilio		

P29. Conhece as escalas de risco para vítimas de violência doméstica

0.Não	1.Sim

P.30 Considera pertinente, no momento de recolha de dados na folha informatizada da triagem, utilizar uma escala de risco para vítimas de violência doméstica?

0.Não	1.Sim

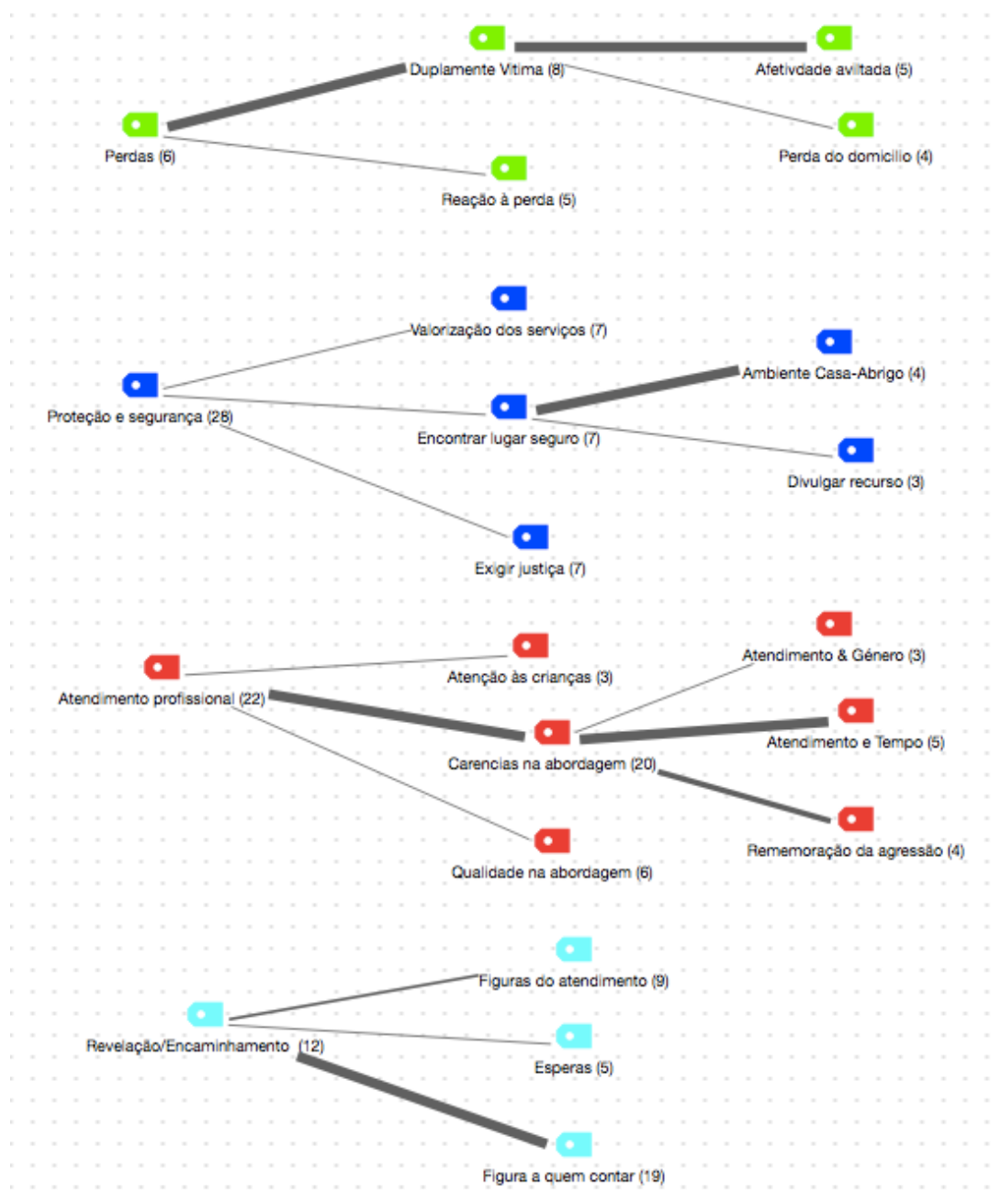
P.31 Considera que domina os conteúdos da legislação que esclarecem as vítimas no encaminhamento para os recursos da sociedade (assinale com X)?

0.Não domino	1.Dominio insuficiente	2.Dominio suficiente	3.Bom domínio	4.Dominio muito bom	5.Domínio total

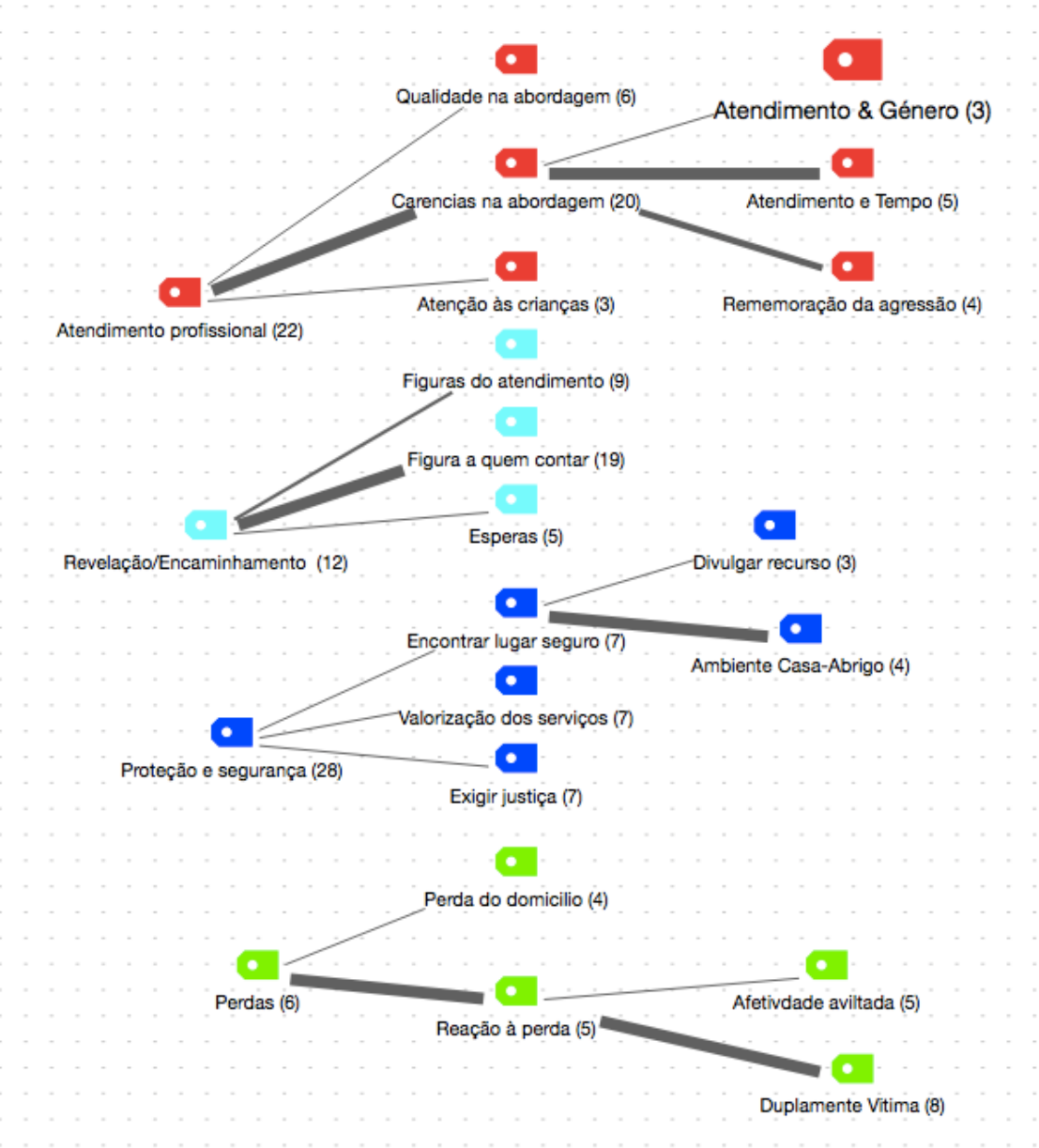
APÊNDICE–K

Análise conteúdo sugestões dos formulários das mulheres vítimas violência

Codificação das variáveis qualitativas, usando o software para dados qualitativos



Codificação das falas das participantes nas 2 variáveis qualitativas que pedem sugestões (software para dados qualitativos)



Sistema de Códigos			Anotação	#
Sistema de Códigos				192
	Proteção e segurança		Sentimento de proteção e segurança através do trabalho da segurança social e polícia	28
		Encontrar lugar seguro	Polícia e segurança social ajudaram a encontrar sítio seguro	7
		Divulgar recurso	Pedem maior divulgação das formas de recurso/apoio	3
		Ambiente Casa-Abrigo	Sugestão de atividades	4
		Valorização dos serviços	polícia e segurança social com bom desempenho	7
		Exigir justiça	Participantes clamam por aplicação de justiça	7
	Perdas		Perdas pela situação	6
		Perda do domicílio	Saída de casa face ao ganho do agressor que ficou	4
		Reação à perda	Reage à condição de vítima	5
		Afetividade aviltada	O termo de referência ao marido/companheiro, perdeu a intimidade relacional	5
		Duplamente Vítima	Dupla vítima	8
	Atendimento profissional		Define a qualidade que deseja encontrar no atendimento	22
		Qualidade na abordagem	qualidade no atendimento	6
		Carencias na abordagem	qualidade do atendimento	20
		Atendimento & Género	Questiona a sensibilidade dos profissionais masculinos no atendimento	3
		Atendimento e Tempo	Tempo que demora no hospital	5
		Rememoração da agressão	O contar do episódio de agressão é repetido a vários técnicos	4
		Atenção às crianças	profissionais de saúde devem ter atenção às crianças	3
	Revelação/Encaminhamento		Contextos demasiado demorados para as expectativas	12
		Figuras do atendimento	GNR como figura positiva	9
		Figura a quem contar	Dificuldades em encontrar contextos/profissionais a quem contar que é vítima	19
		Esperas	Tempo de espera no episódio de e curso à urgência	5

APÊNDICE–L

Quadros da revisão sistemática literatura

Quadro 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros	
Intervenção	Estudos sobre atitudes dos enfermeiros	Estudos que não falem sobre atitudes dos enfermeiros
Comparação	Não aplicável	Não aplicável
Resultados	Estudos que falem de atendimento a mulheres vítimas de violência domestica	Estudos que não falem sobre atendimento a mulheres vítimas de violência domestica
Desenho	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa e mistos que se encontram em formato de Texto completo, acessível, e referentes aos últimos 5 anos (de abril de 2011 a abril 2016)	Todos os estudos que não apresentem metodologia científica, que não se encontrem em formato Texto completo e acessível e não sejam referentes aos últimos 5 anos
Língua	Inglês, Português e Castelhana	Todas as restantes Línguas

Definidos os critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se à definição dos seguintes descritores a pesquisar em bases de dados: Domestic Violence, Nurses, Attitudes, Pregnant.

Selecionaram-se as seguintes bases de dados para pesquisa no motor electrónico Ebsco:

- Academic Search Complete
- Psychology and Behavioral Sciences Collection
- MedicLatina
- CINAHL Plus with Full Text
- Medline with Full Text

Da pesquisa total de 31 artigos destacam-se 9 artigos a incluir na revisão.

Os artigos encontrados serão sujeitos a uma primeira análise, sob a forma de quadro, na qual se indicará o país de origem dos artigos, a linguagem e o ano de publicação, com o objetivo de se compreender a etiologia da maioria da investigação científica da área em estudo.

De seguida, será efetuada a análise de conteúdo dos artigos.

Tendo em conta a obtenção de 9 artigos relacionados com a temática pretendida, optou-se por efetuar uma pesquisa de *subject terms* relativos aos descritores anteriormente utilizados na pesquisa, que teve lugar no dia 22/04/2016, às 12h30, na base de dados Academic Search Complete, no motor de busca Ebsco. Os *subject terms*, relativamente aos descritores anteriormente pesquisados, foram os seguintes:

Quadro 2 - *Subject terms*

Academic Search Complete - Subject terms	
Family violence	Here are entered works on violence against or physical abuse of a member of the assailant's family or household. Works specifically on spousal violence are entered under "Marital violence." [EPC]
Intimate partner violence	Here are entered works on abuse that occurs between two people in a close relationship, including current and former spouses, and dating partners.
health facilities	Here are entered general works on places which provide diagnostic or physical treatment or other health-related services including medical, surgical, nursing, and dental treatment. Use only if a narrower term does not apply (e.g., "Biofeedback clinics," "Cancer hospitals," "Health facilities – Utilization," or "Hospitals"). [EPC]
nursing	Here are entered works on the profession of nursing and also the general duties involved in nursing. General works on nurses are entered under "Nurses." Works specifically addressing nursing as practiced at educational facilities are entered under "School nursing." [EPC]
nurses	Here are entered general works on nurses. Works on the profession of nursing are entered under "Nursing." [EPC]

3- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Título/ Autores/ Ano de publicação	Objetivos	Tipo de estudo/ métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
<p>Domestic abuse as a transgressive practice: understanding nurses' responses through the lens of abjection.</p> <p>Autores : Jones,C.B.,&Taylor. J. Ano:2013</p>	<p>Ilustrar a forma como os enfermeiros reportam o abuso doméstico enquanto prática indigna (abjection);</p> <p>- Identificar conceito de abjection (indignidade);</p>	<p>Revisão de estudo de autores, Estudo Empírico,</p> <p>Utilizando Entrevista sem i-estruturada</p> <p>Com análise de dados de acordo com Ritchie & Spencer (1994)</p>	<p>Total de 27Profissionais de saúde provenientes dos cuidados de saúde Primários com resposta efetiva ao casos de abuso doméstico.</p> <p>[Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica 11; Enfermeiros Especialistas em Saúde Pública16]</p> <p>Critério de inclusão: experiência profissional recente em casos relacionados com abuso doméstico.</p>	<p>Clarificando o conceito de abjection (indignidade) foi possível analisar os dados referentes aos abusos domésticos presentes nas entrevistas transcritas . A partir destes classificamos advérbios que se associam a expressões: indignas como "horível", "terrível", "hidiondo"</p>	<p>(E1)-Os profissionais de saúde falam das vítimas de violência doméstica recorrendo a termos horrorificantes.</p> <p>O seu subconsciente rejeita o abuso como forma de indignação (conceito de abjection) pelo que, <i>respondem à vítima de forma inapropriada tanto no reconhecimento do abuso como nas respostas de encaminhamento.</i></p> <p>Os resultados demonstram que o suporte emocional das mulheres vítimas de violência doméstica sobrecarrega os enfermeiros. Isto leva a que seja necessário suportar emocionalmente os enfermeiros quando os mesmos cuidam de vítimas de violência doméstica.</p>	Nível V

Título / Autores / Ano Publicação	Objetivos	Tipo de estudos/ Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
<p>Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence.</p> <p>Autores: TOWER, M.T., ROWE, J., & WALLS, M.</p> <p>Ano: 2012</p>	<p>Explorar as experiências decorrentes dos cuidados de enfermagem relativos as mulheres que vivem com situações de violência doméstica.</p> <p>Desenvolver conhecimento de enfermagem relativo aos cuidados de saúde e serviços solicitados pelas mulheres vítimas de violência doméstica que procuram o sistema nacional de saúde.</p>	<p>Análise narrativa do Literatura.</p> <p>Cada enfermeiro foi submetido a duas entrevistas guiadas acerca da sua percepção relativo aos cuidados de saúde necessários as mulheres afetadas pela violência doméstica.</p> <p>Interpretação interativa de Denzin (2001) e análise de entrevista de Emden (1998) e Mischler (1986).</p>	<p>Total de 18 enfermeiros sendo: 12 enfermeiros da urgência e 6 enfermeiros dos cuidados de saúde primários;</p> <p>Critérios de inclusão: todos os enfermeiros com um mínimo de 5 anos de experiência</p>	<p>O estudo adverte para a experiência das enfermeiras com as mulheres afetadas pela violência doméstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questões de saúde decorrentes dos abusos - Necessidades das mulheres - Cuidados psicológicos - Áreas de atuação do enfermeiro - Assertividade E segurança. 	<p>(E2)-Em conclusão, a questão central das mulheres vítimas de violência doméstica prende-se com o sentido do EU disruptivo e consequentemente a forma como vivenciam relações.</p> <p>Os cuidados de saúde têm de ser reconhecidos, compreendidos e acomodados e devem compreender momentos positivos e negativos.</p> <p>Foi questionado a importância da adaptação de uma postura flexível e de mente aberta como forma de resposta á mulher afetada pela violência doméstica.</p>	Nível V

Título/ Autores/ Ano Publicação	Objetivos	Tipo de Estudo / Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
<p>Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: process evaluation from a 2-year followup of the MOVE trial</p> <p>Autores: Hooker, L., Rhonda S., & Taft, A.</p> <p>Ano: 2015</p>	Investigar os fatores que contribuem para a sustentabilidade da triagem da violência doméstica e suporte de uma prática dos enfermeiros de Saúde materna e infantil.	Estudo randomizado. Aplicação de questionários on-line a Equipes de MCH (Saúde materna e Infantil), participaram 160 enfermeiros, 4 deles Mentores, foi aplicado em 2 anos.	Enfermeiros de Saúde materna e Infantil	<p>Existem barreiras de implementação, mas tendem a ser baixas. Mas mostrou sustentabilidade no plano de aplicação pelos grupos de enfermeiros e ser viável.</p> <p>Aplicação de Triagem em situações de Violência Doméstica, feita por profissionais foi implementada nos cuidados de saúde primários.</p>	<p>(E4)-A maioria das respostas foram de enfermeiros que trabalhavam em part-time, mas tinham + 10 anos de profissão (55%), 43% tinham pertencido a equipa a + 7 anos, 74% já pertenciam 26% novos membros.</p> <p>A sustentabilidade da Violência doméstica e seu suporte, podem ser alcançados num ambiente de compreensão. Para manter esta sustentabilidade é necessário continuar o treino, a discussão e monitorização dos casos de V.D.</p>	Nível II

Título/Autores/Ano publicação	Objetivos	Metodos/ Tipos de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de evidência
Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: a patient and carer perspective Autor: Natan,M.B.,Ari,G.B.,Bader,T.,& Hallak,M. Ano -2011	Verificar o conhecimento das rotinas profissionais na identificação das vítimas assim como as atitudes no momento da triagem. Em Israel	Estudo Correlativo; com aplicação de Questionários,	A equipa médica e enfermagem 100. Mulheres vítimas 100 A população é 80% de enfermeiros, metade deles têm bacharelato; 20% são médicos; cerca dos 64% tinham curso a 10 anos.	Triagem das vítimas é feita pelos profissionais com apoio do ministério da saúde de Israel	(E3)-A triagem não é intervenção usual pelos profissionais. A compreensão das barreiras existentes através da triagem é importante pois desta forma pode ajudar a polícia a ter intervenções adequadas. É fundamental a intervenção dos profissionais de saúde, desta forma pode-se verificar as implicações que tem na saúde, das vítimas.	Nível V

Título/ Autores/ Ano publicação	Objetivos	Tipos de Estudo/Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Níveis de Evidência
<p>Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana.</p> <p>Autores: Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves, L., Oliveira, J.M., & Egly, E.Y.</p> <p>Ano: 2011</p>	Identificação da percepção dos enfermeiros de cuidados saúde primários sobre o fenômeno da violência doméstica e sua relação com as famílias.	<p>Estudo prospectivo, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Sustentada pela Teoria de Intervenção "Prática" da Enfermagem de Saúde Coletiva.</p> <p>Foram aplicadas entrevistas de profundidade, noutra fase questionários com perguntas abertas e fechadas. Utilizaram Técnica de Análise do Discurso de Fiorin.</p>	Enfermeiros de cuidados saúde primários. S. Paulo	<p>Mostram a necessidade de profissionais capacitados, sobretudo enfermeiros, capazes de reconhecer situações de violência nas famílias atendidas pelos serviços locais de saúde. Além disso, é necessário ampliar a visão diagnóstico individualista para uma visão totalizante, passando, a família, a ter posição central no cuidado. Desse modo, para que no processo de trabalho do enfermeiro este seja capaz de identificar e intervir nos casos de violência que se manifestam em graus variáveis e não apenas em atos extremos de homicídios, necessita-se que este profissional de saúde, bem como o processo de trabalho em saúde, seja instrumentalizado para que possa compreendê-lo nas suas múltiplas formas de manifestação.</p>	<p>(E5)-Os profissionais caracterizam sua atuação como impotência paralisante causada por falta de preparo de organização do processo de trabalho e aos valores sociais existente. As enfermeiras, apesar de trabalharem constantemente com família e reconhecerem as dificuldades e as facilidades no atendimento de famílias vítimas de violência, sentem-se impotentes para superá-las, e a escassez de cursos preparatórios e capacitações em família e violência podem ser as lacunas de conhecimento que dificultam o enfrentamento dos profissionais frente a essas temáticas. Toma-se indispensável uma maior compreensão da temática da violência no âmbito familiar. Sugere-se uma capacitação dos profissionais através da educação permanente, a qual poderia proporcionar uma reorganização do processo de trabalho em que seja focada a necessidade da usuária vítima de violência no seu contexto familiar. Nesses debates com diversos setores devem ser lançadas propostas para uma definição de uma política pública municipal, que deve contemplar também o desenvolvimento de competências profissionais para fazer frente ao fenômeno.</p>	Nível V

Título/ Autores/ Ano publicação	Objetivo	Tipos de estudo/ Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? Autores: Mican, I. D., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A.L., & Rohs, T. Ano: 2013	Objetivo deste estudo para identificar atitudes dos enfermeiros e as barreiras percebidas para a triagem. Estados unidos.	Estudo descritivo de pesquisa transversal, Anônima de enfermeiros em hospitais de nível I trauma center. Levantamento Monkey®, uma ferramenta de coleta de dados baseado na web,	Enfermeiros 494	Os enfermeiros precisam tornar uma prática de ter tempo sozinho com os utentes nas avaliações iniciais e avaliações (mesmo nas instituições que permitem a permanência do familiar em permanência da prestação de cuidados), pois para abortar o tema IPV, não é possível com presença dos familiares. Requer flexibilidade aos enfermeiros se não for possível fazer abordagem na triagem os enfermeiros posteriormente deveram voltar aos temas que não foram possíveis abordar inicialmente. Há evidência que as mulheres não se importam que lhes perguntem sobre as suas vivências de violência aos prestadores de cuidados incluindo os enfermeiros, estes são defensores de mudança na prática clínica, protocolos e políticas institucionais.	(E6)-A maioria dos enfermeiros deste estudo relatara que a triagem para IPV é importante, que é a sua responsabilidade para rastrear seus pacientes, e que eles experimentam poucas barreiras do ambiente de trabalho para triagem. Entre os entrevistados do estudo, a barreira identificada mais comum de rastreio é a falta de formação. Percebidos potenciais barreiras ao rastreio incluem a falta de tempo, falta de treinamento, falta de privacidade, o medo de ofender o paciente, e questões que envolvem a experiência pessoal com violência doméstica. Assim como tratar o assunto a nível da sua formação académica. Isto é consistente com outros estudos. As enfermeiras podem ser triagem com base no seu índice de suspeita, que é suscetível de ser moldado pela subjetividade, bem como base de conhecimento pessoal neste levantamento relataram estar confortável fazendo essas perguntas difíceis e não se sentir que eles iam perder a confiança do paciente.	Nível V

19

Título/ Autores/ Ano publicação	Objetivo	Tipos de Estudos/ Métodos	Participação	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
PERCEPTION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS REGARDING PRIMARY INTERVENTIONS: PREVENTING DOMESTIC VIOLENCE. Autores: Oliveira, A.M.N., Silva, A.M.P.A., Prestes, H.S.B. & Silva, B.T. Ano: 2015 Brasil	Conhecer a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, da área do Programa de Prevenção à Violência, acerca das intervenções primárias, a fim de evitar a violência intrafamiliar.	Estudo qualitativo, exploratório. Os dados foram colhidos por meio de entrevista semi-estruturada.	4 Enfermeiros e 4 Médicos.	Os dados mostraram que algumas ações de intervenção primária para prevenir a violência doméstica já ocorrem nas atividades diárias realizadas por UBESF, de forma multidisciplinar, por meio da enfermagem e visitas médicas, indivíduos, grupos formados com os clientes, orientação em relação à seus direitos como cidadãos, a educação para a saúde, e o uso de cada momento com a comunidade para fortalecer os laços.	(E7)-Descontentamento em direção ao número insuficiente de profissionais disponíveis para fazer este trabalho, bem como não ter profissionais de outras áreas, entre eles um psicólogo, para prestar um serviço mais tipo específico de cuidado. O interesse dos profissionais tem a ver com as intervenções para prevenir a violência bem como o seu compromisso de reduzir os casos de violência doméstica. Para os profissionais de saúde para ser capaz de prevenir eficazmente a violência doméstica, é necessário aprofundar sobre este tema, começando com a educação profissional e, em seguida, a participação ativa na formação como eles funcionam, o que permitiria uma performance baseada em resultados ao enfrentar situações de violência.	Nível V

20

Títulos/ Autores/ Ano de Publicação	Objetivos	Tipos de Estudo/ Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
IDENTIFICAÇÃO DA VIOLENCIA NA RELAÇÃO CONJUGAL A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Autores: Gomes, N.P.,Silveira,Y.M., Diniz,N.M.F., Paixão,G.P.N., Camargo,L.C.,& Gome,N.R. Ano: 2013	Objetivo foi analisar o processo de identificação da violência conjugal por profissionais da Estratégia da Saúde da Família do Brasil.	Pesquisa exploratória com abordagem Qualitativa. Efetuadas entrevistas	Enfermeiros (4), Médicos (5) e assistentes sociais (5), Estomatologistas (8).	O estudo aponta para a importância de atividades de educação em saúde junto à comunidade e da escuta à mulher como estratégias para desvelamento da violência na relação conjugal. Torna-se necessário além da transformação do modelo de formação acadêmica, investimento por parte dos gestores e coordenadores da atenção básica no sentido de melhor preparar os profissionais para a identificação deste problema aumentando assim a possibilidade de visibilidade da problemática e, consequentemente, a adoção de estratégias de enfrentamento, o que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida e saúde de toda a população.	(E8)-Pontua-se para a importância da relação de confiança e da escuta no processo de identificação do agravo. Torna-se necessário melhor preparo profissional, o que possibilitará maior visibilidade da problemática e a adoção de estratégias de enfrentamento.	Nível V

21

Títulos/ Autores/ Ano de Publicação	Objetivos	Tipos de Estudo/ Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
Women's primary care nursing in situations of gender violence. Autores Visentin,F. Vieira, L.B., Trevisan, I., Lorenzini,E.,& Silva, E.F. Ano:2015 Brasil	Identificar as ações realizadas pelo/a enfermeiro/a da atenção primária a saúde para mulheres em situação de violência doméstica.	Exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa	17 Enfermeiros	No contexto da violência o /as enfermeiros /as descrevem alguns elementos e estratégias que eles utilizam e que permitem o reconhecimento e ação para combater a violência, que são: o acolhimento e empatia, estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissional e mulheres, diálogo e escuta atenta	(E9)-Os participantes não são adequadamente preparados para cuidar de mulheres em situação de violência doméstica. É necessário que esta questão seja abordada na formação dos profissionais de enfermagem.	Nível V

22

Título/ Autores/ Ano de Publicação	Objetivos	Tipos de Estudo/ Métodos	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível de Evidência
Opportunities and obstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe. Autores: Shamu,S., Abrahams, N.,Temmerman.,& Zarowsky. Ano: 2013	Gravidez oferece uma oportunidade para parteiras para reconhecer e responder às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo (VPI).	Estudo exploratório e qualitativo. Foram feitas entrevistas de profundidade.	6 Parteiras e 7 FGDs com 64 gestantes e puérperas.	Os desafios incluem a falta de educação específica e formação das parteiras; alta carga de trabalho e pressões de tempo; falta de infraestrutura do sistema de saúde, privacidade, política, apoio, pessoal e outros recursos orientadores, das parteiras 'crenças próprias e experiências anteriores; A oportunidade de lições de promoção da saúde em grupo em cada consulta pré-natal pode ter benefícios adicionais se as parteiras foram treinadas para ter sensibilidade de grupo IPV e aconselham Formação e enfermeiros de apoio a prestar atenção aos sinais de responder, de uma forma carinhosa sensível, a IPV pode ser um primeiro passo mais viável do que a triagem universal. Reforma institucional que conduzirá à formação das parteiras e integração de respostas IPV em serviços de cuidados pré-natais poderia ajudar no tratamento IPV em cuidados pré-natais de formas culturalmente apropriados e sensíveis.	(E10)-Uma resposta abrangente à IPV por parteiras seria difícil de alcançar neste cenário, mas parteira sensibilizada poderia responder a estímulos à violência e, finalmente, ajudar as mulheres abusadas de maneiras culturalmente sensíveis e apropriados. Falta de educação e habilidades para rastrear a violência, a limitada capacidade do sistema de saúde recursos humanos e seu fracasso em promover a triagem e seus conflitos no seu papel refletindo uma profunda ambivalência sobre se IPV é um problema de saúde, um problema social ou simplesmente "normal" foram identificados como os principais obstáculos para responder às IPV.	Nível V

Atitudes inadequadas	Atitudes adequadas
<ul style="list-style-type: none"> • Vitimização • Falta de flexibilidade no atendimento • Violência vista como problema social e não de saúde • Violência vista como problema que não é do foro da Enfermagem • Impotência • Medo de intervir na esfera privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação de programas de melhoria • Reconhecimento da necessidade de formação • Reconhecimento de falta de recursos humanos, tempo e privacidade no atendimento • Empatia, escuta, dar respostas • Detecção de problemas e adoção de estratégias de resolução

Figura 1 – Atitudes dos profissionais nos estudos supracitados.

Tomar consciência das atitudes adequadas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica permite-nos, enquanto enfermeiros, delinear estratégias para melhorar a nossa triagem e implementar procedimentos de atendimento com vista à melhoria e qualidade da sinalização e encaminhamento destas mulheres.

Para além das atitudes presentes nos estudos seleccionados, encontrou-se referência relativa a sugestões de melhoria pelos autores nos estudos supracitados. Estas sugestões passam pela triagem adequada das situações para facilitar o trabalho das autoridades (Natan,M.B., Ari,G.B.,Bader,T., Hallak,M.; 2011) e a própria prática de Enfermagem (Hooker, L.,Rhonda S., Taft,A.; 2015), pela formação de profissionais envolvidos na triagem das situações (Hooker, L.,Rhonda S., Taft,A.; 2015,Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves,L., Oliveira, J.M., & Egry,E.Y.; 2011,Mican, I. D.,Kothari,R., Kothari,C.,Koestner, A.L.,&Rohs,T.; 2013,Oliveira,A.M.N., Silva, A.M.P.A., Prestes,H.S.B.;Silva,B.T.;2015,Gomes,N.P.,Silveira,Y.M.,Diniz,N.M.F.,Paixão,G .P.N.,Camargo,L.C.,&Gome,N.R.;2013,; Visentin, F.; Vieira, L.B.; Trevisan, I.; Lorenzini, E.; Silva, E.F., 2015,; Shamu, S., Abrahams, N; Temmerman; Zarowsky, 2013), pela utilização de escalas de risco variável (Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves,L., Oliveira, J.M., &Egry,E.Y.; 2011), por centrar a intervenção na família e não na vítima (Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves,L.,

Oliveira, J.M., &Egry,E.Y.; 2011, Oliveira,A.M.N., Silva, A.M.P.A., Prestes,H.S.B.; Silva,B.T.; 2015)), pela criação de uma rede multidisciplinar ligada à saúde, municípios e segurança pública (Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves,L., Oliveira, J.M., &Egry,E.Y.; 2011), pela caracterização da inserção familiar/cultural para compreensão do fenómeno (Salcedo-Barrientos, D.M., Gonçalves,L., Oliveira, J.M., &Egry,E.Y.; 2011) e pela intervenção familiar a nível dos cuidados de saúde primários (Oliveira,A.M.N., Silva, A.M.P.A., Prestes,H.S.B.; Silva,B.T.; 2015). É fulcral conhecer quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e articulação com outros serviços em cada área de intervenção.



Figura 2 – Sugestões de melhoria na abordagem do problema da Violência doméstica

A formação de profissionais, como referido, foi o aspeto mais citado pelos estudos como resposta para a melhoria do atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Aliás, é a formação que pode facilitar a mudança de atitudes dos enfermeiros neste tipo de atendimento. Um dos estudos (Shamu, S., Abrahams, N; Temmerman; Zarowsky, 2013) refere que profissionais (parteiras) que tinham sido submetidas a formação na área conseguiam compreender o problema e encaminhar devidamente as situações, enquanto que profissionais (parteiras) que não tinham sido submetidas a formação não

APÊNDICE-M


Cronograma

Cronograma de Atividades do Projeto VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. REVISÃO DO PROJECTO INSTITUCIONAL DO CHBM.EPE

ACTIVIDADES	Ano de 2016								
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Reunião com Orientadora	22	24	10	22 T.m	4	12	27	7 T.m	8 mail
Pesquisa Bibliográfica									
Revisão teórica inicial, para construção do projeto									
Preenchimento de impressos para validação do Projeto na Universidade									
Elaboração e entrega do Pedido de Aplicação do Projeto à Comissão de Ética do CHBM									
Pedido de autorização a Casa Abrigo do Montijo para aplicação do instrumento de Colheita de Dados (dirigido às mulheres vítimas/sobreviventes de violência doméstica)			Estendeu-se pedido as casas a nível nacional						
Construção do Instrumento de recolha de dados: (EESMO; Vítimas em casa abrigo)									
Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados					Casas nacional	Últimos Quest.			
Análise dos Dados						prolonga	analise		
Formação no Serviço					1º formação			Ultima formação	
Redação do Relatório									
Entrega do Projeto para Discussão									
Discussão do Projeto									


APÊNDICE-N

Apresentação do projeto aos profissionais do
CHBM-EPE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Faculdade de Ciências da Saúde



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospitalar Barreiro – Montijo EPE

Mestranda: Irene Cristina [Lic. OE: 71253]
Orientadora: Margarida Sim-Sim [PhD. OE: 34070]

12-08-2016

Irene Cristina

1

Violência Contra as Mulheres

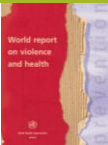

Conceito de Violência Contra as Mulheres:

"any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivations of liberty, whether occurring in public or private life (United Nations, 1993)"

Problema:

Mundial em todas as sociedades

Vítimas...incontáveis

INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Globally, one in three women has been a victim of violence by an intimate partner.

12-08-2016

Irene Cristina

2

Violência Contra as Mulheres

Objetivo Geral:

Melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE.

Objetivos Específicos:

Descrever as atitudes dos EESMO quanto à violência contra as mulheres

Descrever as práticas de atendimento às vítimas de violência

Caraterizar a perceção da vítima quanto ao atendimento em meio hospitalar

12-08-2016

Irene Cristina

3

184

Violência Contra as Mulheres

Amostra

- A amostra de conveniência

Tamanho da amostra:

- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO):
 - Amostra coincide com população
- Mulheres Vítimas de Violência da casa abrigo do Montijo
 - Amostra por manifesta disponibilidade

12-08-2016

Irene Cristina

4

Violência Contra as Mulheres

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

- Questionários aos EESMO do SUOG, CHBM, EPE
 - Em exercício no período do estudo.
- Formulários às sobreviventes
 - Alojadas na casa abrigo do Montijo durante o período do estudo.

12-08-2016

Irene Cristina

5

Violência Contra as Mulheres

RECOLHA DE DADOS

- Os questionários aos EESMO
 - Enviados via Plataforma [mails institucionais].
- Os Formulários às sobreviventes da Casa Abrigo
 - Aplicados via correio, presencial ou outro conforme recomendação de técnico da casa abrigo.

12-08-2016

Irene Cristina

6

Violência Contra as Mulheres

- Agradecimento à colaboração da equipa
- Formação
 - Conforme interesse/necessidade
- Melhoria no Projeto
 - Identificação de lacunas
 - Alteração ao Protocolo
 - Procedimentos para formalizar alterações

17-08-2020

Berita Cristina

7

- Agradecimento à colaboração da equipa
- Formação
 - Conforme interesse/necessidade
- Melhoria no Projeto
 - Identificação de lacunas
 - Alteração ao Protocolo
 - Procedimentos para formalizar alterações

17-08-2016

Irene Cristina





Mestranda: Irene Cristina [Lic. OE: 7153]
Orientadora: Margarida Sim-Sim [PhD. OE: 34070]


Mestranda: Irene Cristina [Lic. OE: 7153]
Orientadora: Margarida Sim-Sim [PhD. OE: 34070]



APÊNDICE-O

Apresentação da análise dos questionários dos enfermeiros sobre violência doméstica



Apresentação da análise dos questionários dos enfermeiros sobre violência doméstica



Violência Doméstica

- “Toda a violência física, sexual ou psicológica que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando, os maus-tratos, abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjugues...”
- (Portugal,II Plano Nacional Contra A Violência Doméstica, 2003 p.11)

Objetivo

- Melhorar o Programa de Apoio à Mulher Vítima de Violência/Violação no CHBM-EPE.

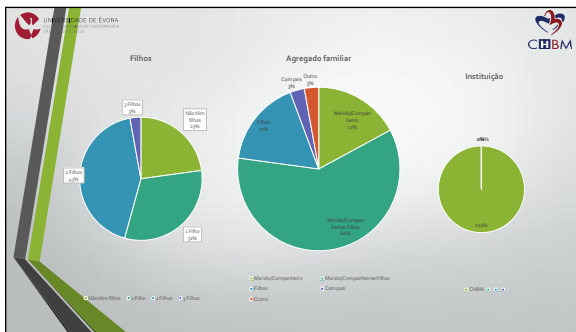
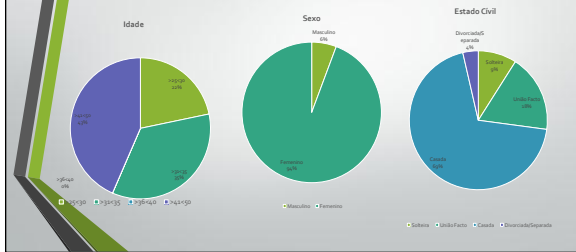
Objetivos Específicos

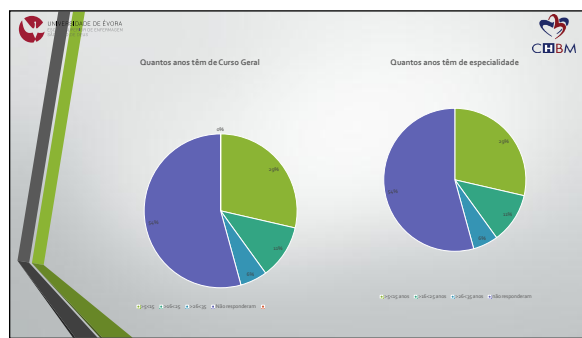
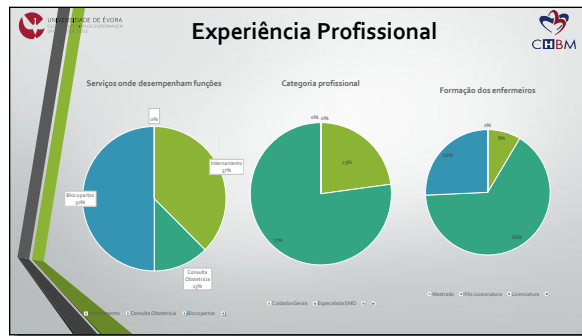
- Apresentar os resultados dos questionários efetuados aos enfermeiros face a duas questões centrais:
 - ✓ As atitudes dos EESMO quanto à violência contra as mulheres;
 - ✓ As práticas de atendimento às vítimas de violência .

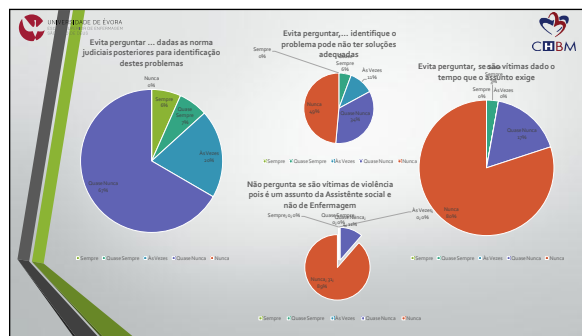
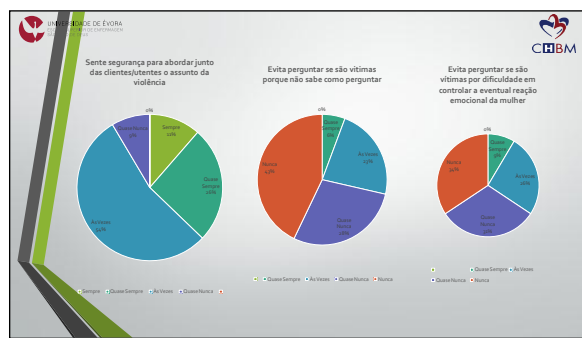
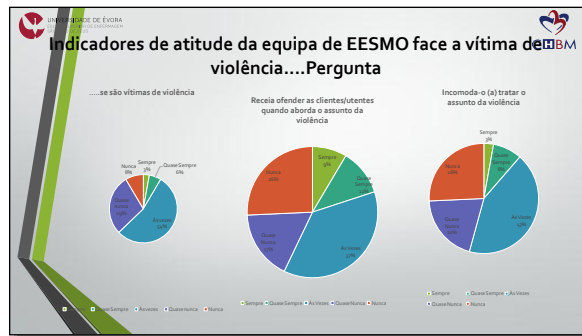
Metodologia

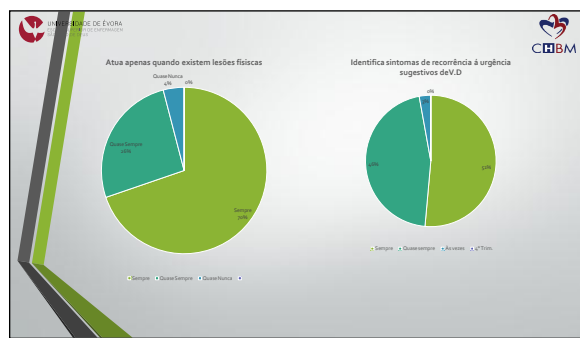
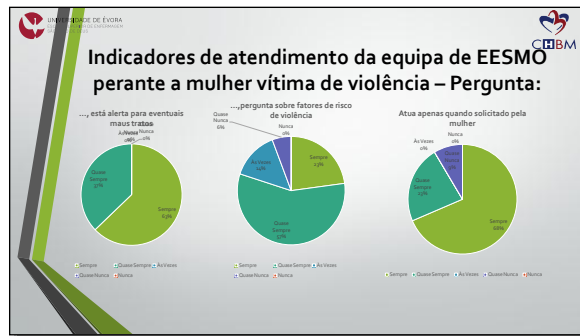
- Caracterização das EESMO
- Apresentação dos Indicadores de Atitude dos enfermeiros
 - Construído a partir de questionários.
- Plano de segurança
- Discussão de casos

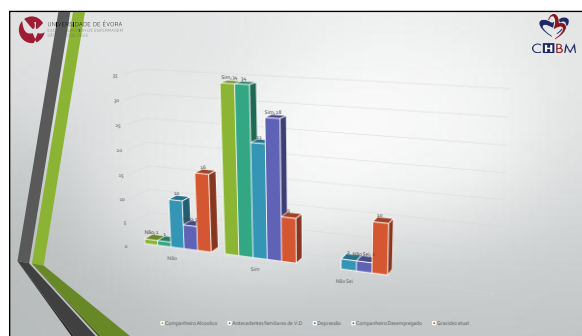
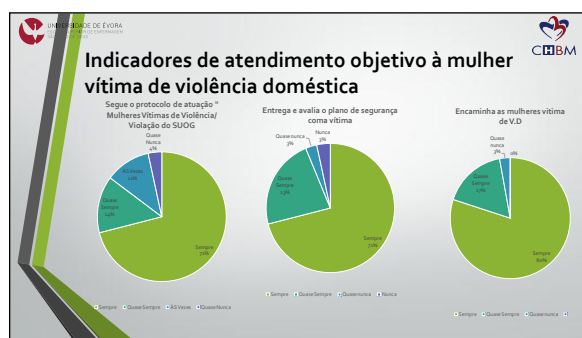
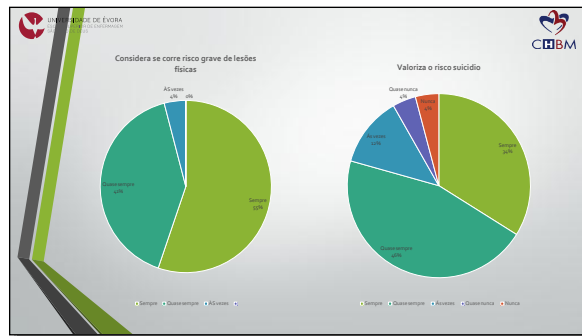
Caraterização da população: Dados Socio- Demográficos

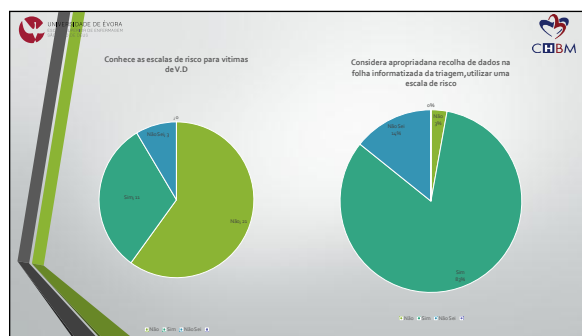
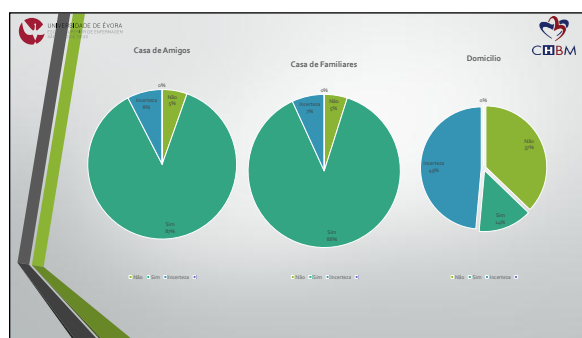
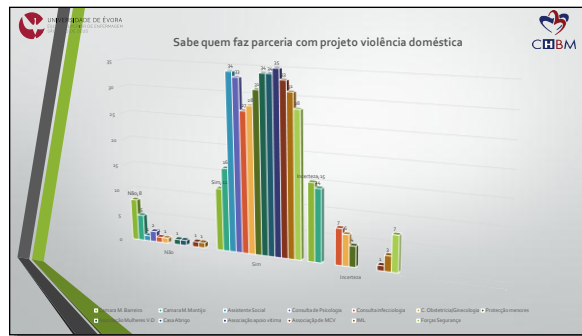


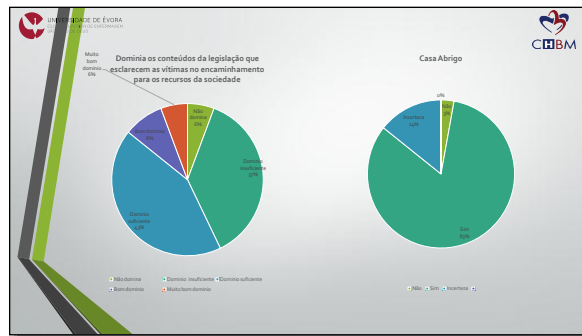












INSTITUTO DE EXORA
INSTITUTO DE EXORA

As necessidades sentidas pelos Enfermeiros do Bloco Partos.

O que se deve fazer?

<ul style="list-style-type: none"> Existência de rede de informação contendo lista de mulheres vítimas de violência consultável pela enfermeira da triagem e sistema de alerta acionado. 	<ul style="list-style-type: none"> As vítimas têm direito a privacidade, quem poderia ter acesso a esses registos? O procedimento do profissional muda em função do alerta? Rede sujeita a pressão e ao acesso dos agressores (alguns agressores trabalham em locais de fácil acesso a essas informações).
<ul style="list-style-type: none"> Haver transporte para levar instituto de medicina legal 	<ul style="list-style-type: none"> Pode pedi-se transporte sujeito a critérios do protocolo. (Se equipe não faz é por opção própria ou se a mulher já se lavou logo após violação, ou se têm mais 72 h após violação)
<ul style="list-style-type: none"> Comunicar diretamente com casa de acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> Os serviços de urgência em caso de emergência podem contactar casa abrigo montijo, mas existem riscos tem de ser salvaguardados. Não são números que todas as pessoas tenham acesso, pois estas casas devem permanecer anónimas para proteger as vítimas e as mulheres sobreviventes que estão sobre programa de proteção

CRIBM



INSTITUTO DE EXORA
INSTITUTO DE EXORA



Escalas de risco –tão existe no nosso algoritmo.



Não existe no nosso algoritmo (gostaria de implementar), pois em função da avaliação do risco pode-se traçar o plano segurança desta mulher, verificasse se necessita de planejar saída de emergência, ou se pode fazer saída planeada se for de seu agrado, ou recorrer familiares ou amigos).



<ul style="list-style-type: none"> Atualização de informação (2 enfermeiros), existir uma sinalização automática para os centros de saúde para vigilância. 	<ul style="list-style-type: none"> Formação da atualização do tema é importante, para os profissionais adequarem as atitudes de atendimento às diretrizes emanadas pela DGS e legislação em vigor. Os cuidados de saúde primários já estão a formalizar protocolos de atuação. Porém ainda não se consegue cruzar toda a informação clínica através dos programas informáticos para os processos clínicos, num tempo próximo acredita-se que sim.
---	--

CRIBM

	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria na sinalização das famílias de risco. • Comunicação com equipa multidisciplinar sobre o tema • Parcerias entre entidades competentes para disponibilizar recursos económicos para vítimas • Aumento da privacidade e diminuição do julgar o outro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vai de encontro a questão anterior. Quando houver partilha de informação clínica entre cuidados de saúde primários e rede hospitalar. • Quando existem situações de violência e violação haver comunicação sobre os procedimentos e desta forma informal ir atualizando os conteúdos, pois às formações só vai quem pode. • Após apresentar queixa e requerer estatuto de vítima existe subido "indenização pelo estado a vítima de crimes de violência doméstica (lei 104/09de 14 de setembro)". Tem prazo de 90 dias prazo também válido para formular queixa. • Sala triagem, é individualizada. Julgar depende formação de cada pessoa, são atitudes que não devem estar presentes nesta e noutras temáticas enquanto profissionais, mas não se consegue fazer a dissociação do ser humano e do profissional. 	
---	--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e elaboração de folhetos informativos • Criar rede de apoio no barreiro • Interligação entre instituições e restantes grupos. • Divulgação sobre os recursos existentes • Identificação mais eficaz destes casos na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os folhetos já existem estão acreditados pela instituição, quando existe rutura de stock pode-se fotocopiar existe exemplar no dossier do protocolo da violência doméstica / violação. • Já existe a RAMSV onde o CHBM está incluído. • ???, será similar ao de cima??? • Através da formação e dos panfletos onde estão locais de apoio. • Atualmente é crime público deve ser denunciado, esta denuncia pode ser anónima. 	
---	--	---	---

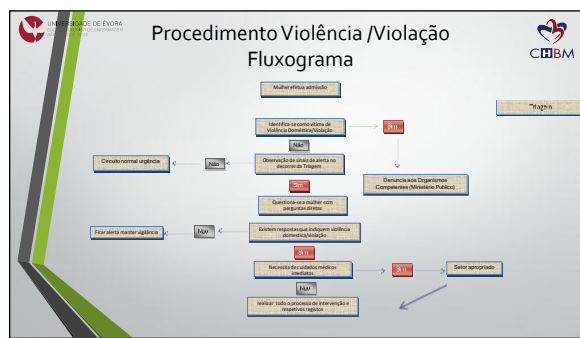
	<ul style="list-style-type: none"> • Formação sobre escalas de risco • Debates de situações reais do serviço e feed-back da situação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se implementar uma escala de risco, deve-se fazer formação, para utilização do instrumento de avaliação, das vítimas de violência doméstica/ violação • Muito pertinente, contudo não esquecer de fazer registos completos pois sem eles estes casos não se podem discutir por falta de informação. 	
---	---	--	---






Violência Doméstica

"Qualquer acto, omissão ou conduta que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, directa ou indirectamente, por meio de enganos, ameaças, coacção ou qualquer outro meio, a qualquer mulher, e tendo por objectivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilhá-la, ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais."

Conselho





Atitude do Enfermeiro na Triagem

CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA:



- Acolher a vítima em local privado
- Avaliar o risco
- Informar
- Intervir – facultar
 - © planos de protecção
 - © folheto informativo
 - © encaminhamento para locais de apoio da rede **SOS**
 - © apoio social – dias úteis até 17 H.
- Registrar (Fazendo preenchimento informático da folha de registo da violência, consentimento informado para esse registo).
- Respeitar

Sinais de Alerta

- Doenças sexualmente transmissíveis
- Dor pélvica crónica
- Recorre frequentemente aos serviços de saúde
- Gravidezes não desejadas
- Disfunções sexuais
- Mulheres grávidas
- Gravidez na adolescência
- Interrupção voluntária da gravidez

25

Sinais de Alerta na Violência



Físicos:

- Feridas, marcas de feridas, hematomas, discrepância entre características e descrição das lesões, assim como a procura de ajuda.

Psíquicos:

- Ansiedade, depressão, confusão, tremor, nervosismo, agitação, insónias, ideação suicida e tentativa de suicídio.

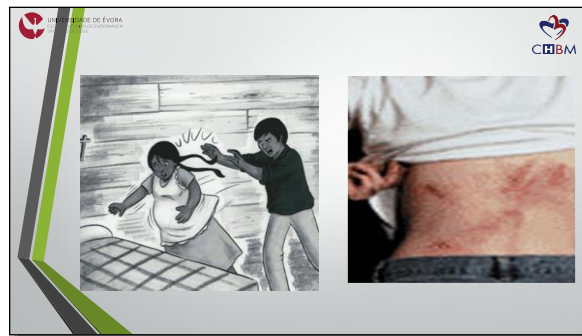
26

Outro tipo de sinais:

- Ausência de contacto visual, sobressalto ao menor ruído, olhar de forma inquieta para zonas de entrada.
- Ainda se pode verificar uma excessiva preocupação e controlo por parte do cônjuge ou desapego e despreocupação, tentando banalizar as queixas da mulher.
- Queixas crónicas, disfunções sexuais, consumo abusivo de medicamentos, idas recorrentes a instituições de saúde e absentismo laboral.

27

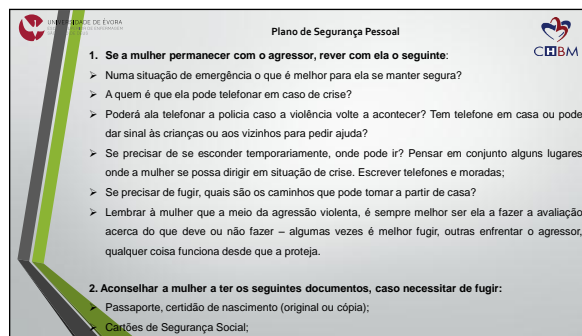
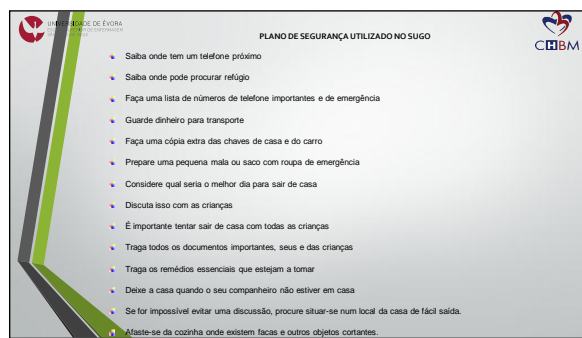




O Que leva a mulher a tolerar a violência

- ✓ Herança Educacional.
- ✓ Sentimento culpa
- ✓ Medo
- ✓ Perda de identidade social
- ✓ Dependência econômica.
- ✓ Dependência emocional.
- ✓ Exaustão.
- ✓ Falta de anteriores intervenções



O Folheto utilizado em SUGO

The leaflet has a light blue and purple background. At the top, it says 'NÃO TOLERE A VIOLÊNCIA NA SUA VIDA' in large, bold, blue letters. Below the text is a drawing of a woman with long brown hair, wearing a green shirt, looking upwards. Above her head is a yellow star. The leaflet is part of a campaign by the Conselho Nacional de Políticas Públicas de Mulheres (CNPPM).



Verificar o instrumento de colheita de dados da violência doméstica / Violação, (fazer comparação com documento da direção geral de saúde);






Exemplo de casos para resolver

Situações de Violência Doméstica

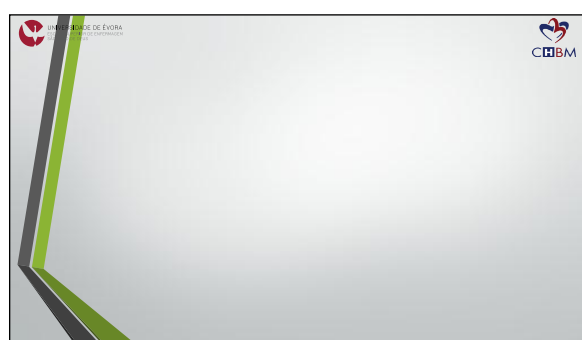
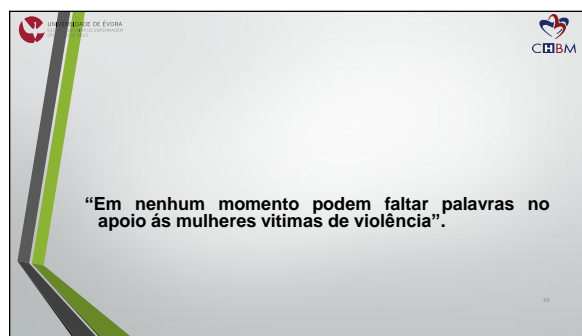
Descrição:

- Joana de 60 anos está numa relação longa de violência doméstica.
- Aproveitou uma ida do marido ao café para ligar e pedir ajuda.
- Não quer sair de casa, só quer que ele lhe pare de bater.
- O marido está quase a chegar e ela aí ter de desligar o telefone.

Descrição:

- Helena têm 34 anos, 3 filhas é da Europa de Leste, está em Portugal há 2 anos.
- O Marido está legalizado, em Portugal há 4 anos.
- Helena nunca trabalhou em Portugal porque o marido não deixa, mal fala Português mas percebe, tem aprendido às escondidas dele a ver novelas Portuguesas e Brasileiras e a falar com a filha mais velha que está na pré- escola (apenas porque é obrigatório).
- Vem ao atendimento após agressão que quase a matou.
- Vive numa casa isolada, mas os vizinhos ouviram os gritos e chamaram uma ambulância.
- Não voltou a casa, tem pavor dele, mas não quer ficar sem as crianças.
- Não tem onde ficar.



APÊNDICE-P

Exemplos Situações de Violência Doméstica

1. Descrição:

Joana de 63 anos está numa relação longa de violência doméstica.

Aproveitou uma ida do marido as compras para ligar e pedir ajuda.

Não quer sair de casa, só quer que ele lhe pare de bater.

O marido está quase a chegar e ela aí ter de desligar o telefone.

Atitude do Enfermeiro ou Técnico de apoio a vítima:

2. Descrição:

Helena têm 30 anos, 4 filhas é da Europa de Leste, está em Portugal há 2 anos.

O Marido está legalizado, em Portugal há 4 anos.

Helena nunca trabalhou em Portugal porque o marido não deixa, mal fala Português mas percebe, tem aprendido às escondidas dele a ver novelas Portuguesas e Brasileiras e a falar com a filha mais velha que está na pré- escola (apenas porque é obrigatório).

Vem ao atendimento após agressão que quase a matou.

Vive numa casa isolada, mas os vizinhos ouviram os gritos e chamaram uma ambulância.

Não voltou a casa, tem pavor dele, mas não quer ficar sem as crianças.

Não tem onde ficar.

-Fazer a avaliação do risco;

- Fazer a gestão do risco – plano segurança.

Para poder mostrar a importância do risco .

3. Descrição da Situação:

A Isabel tem 40 anos e teve uma relação de 4 anos com João.

Estão separados desde novembro de 2013. O Marco é Engenheiro Informático – um “Hacher”, segundo Isabel está empregado. A Isabel é Jornalista e está desempregada, subsistindo com o apoio económico dos pais.

Não têm filhos em comum, mas o Marco tem uma filha de outra relação, a Joana, que tem 5 anos de idade e da qual a Isabel afirma “gostar como se fosse uma filha”.

Foi sempre uma relação conflituosa e abusiva- “estes três anos foram um inferno”. Relata que ele sempre foi muito ciumento controlador, “invadia-me o computador e o telemóvel”. Há cerca de 1 ano e meio o Marco chamou-lhe “vaca” e a Isabel defendeu-se e

deu-lhe dois estalos, ele reagiu agredindo-a com murros e pontapés à frente da enteada; a Isabel atirou-lhe um cinzeiro e abriu-lhe o sobrolho.

Ameaça-a de morte afirmando que “a vida vai-se encarregar de tratar de ti”.

O Avô do Marco, que o criou, tem uma arma de fogo. A Isabel tem muito medo do que o marco possa vir a fazer.

A Isabel relata que desde que se separaram que têm acontecido diversas situações nomeadamente:

- Estar à porta do prédio onde vive com a enteada e ligar-lhe a dizer que esta tem saudades dela e que precisa de a ver;
- Riscar-lhe o carro (a Isabel teve de apresentar queixa-crime contra desconhecidos);
- Vigiar o facebook de todas as pessoas amigas da Isabel para saber se colocam informações sobre ela, criando perfis falsos para obter informação;
- Fazer chamadas anónimas, a Isabel refere que o Marco tem amigos que trabalham em operadoras telefónicas.

Nas duas últimas semanas tem sido visto pelos vizinhos da Isabel, que sabem da situação, a rondar o prédio onde esta mora e tem entrado no prédio de gorro e com óculos escuros. O trinco da porta está estragado ea porta está sempre aberta.

4. Descrição da Situação:

“Sou casada há cerca de 8 anos, desde os 19 anos de idade. Tenho 3 filhos de 6,4,e 1 ano. Foi como um sonho, casei muito apaixonada. Ele tinha um excelente emprego e era respeitado e reconhecido por toda a gente na aldeia onde vivíamos.

No início, eram apenas insultos em casa, mais tarde também em frente dos amigos dele. Não tinha respeito por mim. Depois vieram as agressões físicas, primeiro com as mãos e mais tarde com objetos que, por várias vezes deixaram marcas. Cheguei a ser hospitalizada várias vezes, sobretudo nos últimos tempos.

Ele fez-me ficar em casa, deixar o meu emprego. A desculpa foi que era para ficar a cuidar das crianças, mas eles foram entrando nas escolas e eu fui-me sentindo como uma prisioneira dentro da minha própria casa. Fiquei eu e o gato, que sempre que ele passava fugia com medo, talvez das brincadeiras de “mau gosto”. Tudo parecia um horrível pesadelo, que foi piorando desde que engravidei.

Um dia – há cerca de 9 meses, tentei sair de casa, fui a um atendimento com uma doutora... acho que era assistente social. Ela disse-me claramente que estava a ter dificulda-

des em acreditar na minha história porque ele era tão boa pessoa, com um bom emprego. Um Homem exemplar sem nada a registrar... e eu não tinha “aspeto” de vítima. Ela até insinuou que poderiam tirar-me as crianças uma vez que eu não tinha emprego, logo não tinha forma de os sustentar...

A consequência desta “aventura” foi que ele descobriu que eu tinha pedido ajuda, bateu-me violentamente e disse-me que como poderia verificar nunca ninguém iria acreditar em mim e se eu voltasse a tentar pedir apoio, ele me matava... No dia seguinte comprou uma arma, que costuma limpá-la á minha frente. Ainda me diz que se eu não me portar bem, já sei o que me acontece e olha para a arma.

Para ajudar à festa, houve um dia que chegou bêbado a casa, o que nunca tinha acontecido. Acho que foi por causa do trabalho, penso que tenha tido lá algum stress. Desde então as coisas pioraram!

Atualmente não consigo sair de casa sem que ele me acompanhe, pelo que estou a arriscar muito em ligar-lhe. Ele controla

tudo o que faço e quando não está em casa tenho de atender as suas chamadas de 15 em 15 minutos. Tenho muito medo do que ele me poderá vir a matar.”

APÊNDICE-Q

Folha para colocação vinheta da mulher vítima de
violência /violação

REGISTO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA/ VIOLAÇÃO 2016

Nº	Etiqueta	Data	Violação	Violência	Encaminhamento		Observações

APÊNDICE-R

Requerimento da orientadora de mestrado para associação de pais e educadores para infância (APEPI)

Ex.ª Senhora Diretora de Serviços da
Associação de Pais e Educadores para a Infância (APEPI)
Dr.ª Sofia Seabra

Encontra-se a Mestranda Irene Santos Cristina, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia exercendo no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Barreiro, a realizar um estudo sobre a temática da Violência Contra as Mulheres. A meta fundamental do estudo é a melhoria na assistência a mulheres vítimas. Para tal, propõe-se numa primeira fase de diagnóstico de situação, conhecer a perspetiva dos prestadores de cuidados e das beneficiárias. Assim, além de recolher dados junto dos profissionais de saúde, necessita conhecer a opinião e experiência das mulheres relativamente ao atendimento recebido, recolher sugestões no sentido da melhoria do atendimento, do encaminhamento e das soluções encontradas.

A temática em estudo é de grande sensibilidade e o projeto seguiu os procedimentos formais sujeitando-se a análise de órgãos escolares e hospitalares. Tendo-se submetido a proposta do estudo no âmbito académico e no âmbito clínico, obteve parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, com o Registo nº 9889/2016, assim como a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, através da nota interna nº 14/2016 do Conselho de Administração.

No papel de sua orientadora, constato que a mestranda, além de exercer profissionalmente com dedicação no atendimento dos casos reais, possui disponibilidade ao conhecimento e está veementemente empenhada em melhorar a assistência. Assim, no sentido de dar seguimento ao estudo, venho por este meio formalizar junto de V.ª Ex.ª, o pedido de acesso a contacto(s) que levem à possibilidade de as utentes se manifestarem sobre este assunto, nomeadamente respondendo a um questionário.

Caso a APEPI o deseje, os resultados do estudo ficam disponíveis para V.ª conhecimento.

Évora, 7 de Abril de 2016


Margarida Sim-Sim (PhD)
Professora-Coordenadora, Universidade de Évora

ANEXOS

ANEXO-1

Declaração Comissão de Ética de CHBM-EPE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, eu, Duarte Sérgio dos Santos Melo Correia, na qualidade de Secretário da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. declaro que em dezasseis de fevereiro de dois mil e dezasseis deu entrada nesta Comissão um pedido de autorização para recolha de dados no Hospital de Nossa Senhora do Rosário, para a realização de um trabalho académico solicitado por

Irene Santos Cristina

enfermeira neste Centro Hospitalar e aluna da Universidade de Évora / Escola de Enfermagem São João de Deus.

Mais se declara que o pedido supra será apreciado na próxima reunião que está agendada para o próximo dia 04-03-2016 pelas 09:30 horas.

Por ser verdade se passou a presente declaração que vai por mim assinada.

COMISSÃO DE ÉTICA 
(Duarte Sérgio dos Santos Melo Correia)
Data <u>16.02.2016</u>

ANEXO-2

Folha triagem para mulheres vítimas de violência doméstica/violação do SUGO CHBM- EPE

Pessoa Admitida	Provável autor da agressão	Vitimização	Encaminhamento
Pessoa admitida: -- Escolher --			
Situação sócio profissional: <input type="checkbox"/> Desempregado/a <input type="checkbox"/> Doméstica/o <input type="checkbox"/> Empregada/o <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Incapacitada/o para o trabalho <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Reformada/o <input type="checkbox"/> Sem informação			
Principal meio de subsistência: <input type="checkbox"/> A cargo da família <input type="checkbox"/> Apoio social <input type="checkbox"/> De propriedade/rendimentos <input type="checkbox"/> Do trabalho <input type="checkbox"/> Outra situação <input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Rendimento social de inserção (RSI) <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Subsídio de acidente/doença <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego			
Nível de ensino: -- Escolher --			
Estado civil: -- Escolher --			
Tipo de família: -- Escolher --			
Nacionalidade: -- Escolher --			
Dupla nacionalidade: -- Escolher --			
Possui algum tipo de deficiência/limitação: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências ou síndromes <input type="checkbox"/> Desenvolvimento psicomotor de acordo com a idade <input type="checkbox"/> Alteração do desenvolvimento psicomotor <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sem informação			
Número de filhos: -- Escolher --			
Relação com provável autor/a da agressão: -- Escolher --			

Pessoa Admitida	Provável autor da agressão	Vitimização	Encaminhamento
-----------------	----------------------------	-------------	----------------

Número de autores da agressão: -- Escolher -- ▾

Sexo do autor da agressão: -- Escolher -- ▾

Situação sócio profissional:

<input type="checkbox"/> Desempregada/o	<input type="checkbox"/> Incapacitada/o para o trabalho	<input type="checkbox"/> Reformada/o
<input type="checkbox"/> Empregada/o	<input type="checkbox"/> Doméstica/o	<input type="checkbox"/> Estudante
<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Sem informação	

Nacionalidade: -- Escolher -- ▾

Dupla nacionalidade: -- Escolher -- ▾

Existência de dependências:

<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Estupefacientes	<input type="checkbox"/> Fármacos
<input type="checkbox"/> Jogo	<input type="checkbox"/> Nenhuma dependência	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Sem informação		

Pessoa Admitida	Provável autor da agressão	Vitimização	Encaminhamento
-----------------	----------------------------	-------------	----------------

Espaço temporal da vitimização: -- Escolher --

Tipologia da agressão: -- Escolher --

Meio de agressão:

☐ Arma branca
 ☐ Arma de fogo
 ☐ Objecto contundente
☐ Força corporal
 ☐ Tentativa de estrangulamento
 ☐ Ofensas verbais/difamação
☐ Ameaça de morte
 ☐ Outro

Localização corporal:

☐ Cabeça
 ☐ Tronco
 ☐ Região abdominal
☐ Genitais
 ☐ Membros superiores
 ☐ Membros inferiores
☐ Sem lesões físicas
 ☐ Sem informação

Lesões físicas resultantes:

☐ Aborto
 ☐ Doenças sexualmente transmissíveis (DST)
☐ Dor
 ☐ Feridas com necessidade de sutura
☐ Feridas resultantes do uso de armas
 ☐ Fracturas
☐ Gravidez
 ☐ Luxações
☐ Outras
 ☐ Queimaduras
☐ Rasgadura do colo do útero
 ☐ Rasgadura do esfíncter anal
☐ Sem informação
 ☐ Tentativa de suicídio
☐ Traumatismo craniano com perda de conhecimento
 ☐ Traumatismo craniano sem perda de conhecimento
☐ Traumatismos múltiplos (Equimoses, edemas, escoriações)
 ☐ Violação

Procedimentos realizados:

☐ Analgesia
 ☐ Exames complementares de diagnóstico
☐ Imobilização de fracturas ou luxações
 ☐ Informação
☐ Outro
 ☐ Sem informação
☐ Sutura de feridas
 ☐ Tratamento a feridas

Local onde ocorre:

☐ Residência comum
 ☐ Residência da vítima
 ☐ Residência do agressor
☐ Residência coletiva
 ☐ Residência para idosos
 ☐ Escola
☐ Local público
 ☐ Local de trabalho
 ☐ Automóvel
☐ Instituição de acolhimento
 ☐ Local isolado
 ☐ Bar ou similar
☐ Creche
 ☐ Outro
 ☐ Sem informação

Quem presencia:

☐ Filhos
 ☐ Outros Familiares
☐ Vizinhos
 ☐ Amigos
☐ Desconhecidos
 ☐ Não foi presenciada
☐ Sem informação

Conhecimento dos locais de apoio à vítima: -- Escolher --

Pessoa Admitida	Provável autor da agressão	Vitimização	Encaminhamento
-----------------	----------------------------	-------------	----------------


Encaminhamento:

<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Outro domicílio que possui
<input type="checkbox"/> Domicílio de familiares/amigos	<input type="checkbox"/> Casa abrigo
<input type="checkbox"/> Urgência Ginecológica/Obstétrica	<input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica
<input type="checkbox"/> Apoio social	<input type="checkbox"/> Serviços da rede
<input type="checkbox"/> Outro hospital	<input type="checkbox"/> Internamento
<input type="checkbox"/> Apoio psicológico	<input type="checkbox"/> Número nacional de emergência social (144)
<input type="checkbox"/> Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens (NHCJ)	<input type="checkbox"/> Consultas
<input type="checkbox"/> Sem informação	<input type="checkbox"/> Instituto de Medicina Legal

Observações:

ANEXO-3

Protocolo do programa de mulheres vítimas de violência doméstica/ violação

 CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE	PROCEDIMENTO GERAL		ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR		
SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A	31/07/2014	<p>APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p>Em sessão de 31/07/2014</p>

1. OBJETIVO

Promover a informação e encaminhamento, nos serviços de urgência do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE), das mulheres admitidas em situação de violência doméstica/violação para Rede de Apoio.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao Serviço de Urgência Geral do Hospital de Nossa Senhora do Rosário (HNSR), Serviço de Urgência Básica do Hospital do Montijo (HM) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG).

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº 56 em 01/08/2014


Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento: Grupo de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação; Enfermeiros Chefes/Responsáveis e todos os enfermeiros dos serviços de urgência abrangidos

4.2 Pela revisão do procedimento: Grupo de Apoio à Mulher Vítima de Violência Doméstica/Violação.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enf.ª Ana Paula Barradas Enf.ª Catarina Vaz Enf.ª Elsa Guerra Dr.ª Fernanda Gomes Enf.ª Irene Cristina Enf.ª Rosa Pantaleão Enf.ª Sónia César Enf.ª Teresa Pimenta	Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco	31/07/2017

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

5. DEFINIÇÕES

O Código Penal Português, Decreto-Lei N.º 400/82 de 23 de setembro, republicado pelo Decreto-Lei N.º 48/95, de 15 de março, com a redação introduzida pelas sucessivas alterações, estabelece:

- **Violência Doméstica** (Artigo 152.º)

- 1) Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:
 - a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
 - b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com que o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
 - c) A progenitor de descendente comum em 1º grau; ou
 - d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.

- **Violação** (Artigo 164.º)

- 1) Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa:
 - a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou
 - b) A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos.”

Os crimes de violência doméstica e de violação previstos nos artigos têm natureza pública o que implica que **são de denúncia obrigatória** para os funcionários que deles tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas (Código do Processo Penal, Artigo 242º).

O conceito de funcionário público está plasmado no Artigo 386º de Código Penal Português.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CHBM, EPE – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;


HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário;

HM – Hospital do Montijo;

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica;

RAMSV – Rede de Apoio a Mulheres em Situação de Violência;

DUM – Data da Última Menstruação;

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

IO – Índice Obstétrico;

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses;

Beta HCG – Hormona Beta Humana Coriônica Gonadotrófica;

Ag HBS – Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B;

Ac HBS – Anticorpo contra o antígeno de superfície do Vírus da Hepatite B;

VIH 1-2 – Vírus de Imunodeficiência Humana 1-2;

Ac VIH – Anticorpo Vírus de Imunodeficiência Humana;

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory (Sífilis);

HCV – Vírus da Hepatite C;


PSP – Polícia de Segurança Pública.

7. REFERÊNCIAS

- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2011-2013);
- IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2010-2013);
- Associação de Mulheres Contra a Violência – www.amcv.org.pt;
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – www.apav.pt;
- Resolução de Conselho de Ministros N.º 55/99; Diário da República – I – B Série; 15-6-1999 (137), p. 3426-3428;
- Artigos 152º e 164º do Código Penal Português, aprovado pelo Decreto-Lei N.º 400/82 de 23/09;
- Artigo 386º do Código Penal Português, aprovado pelo Decreto-Lei N.º 400/82 de 23/09;
- Artigo 242º do Código do Processo Penal Português, aprovado pelo Decreto-Lei N.º 78/87 de 17/02.

8. DESCRIÇÃO

O método de intervenção é o constante no fluxograma seguinte:

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

8.1. Sinais de alerta que levam a suspeitar estar perante uma mulher vítima de violência doméstica/violação

Físicos – feridas, marcas de feridas, hematomas, discrepância entre características e descrição das lesões apresentadas. Demora entre ocorrência das feridas e a procura de ajuda;

Psíquicos – ansiedade, depressão, confusão, tremor, nervosismo, agitação, insónias, ideação suicida e tentativa de suicídio;

Outro tipo de sinais – ausência de contato visual, sobressalto ao menor ruído, olhar de forma inquieta para zonas de entrada. Mulheres recorrentes aos serviços de saúde “sem motivo aparente”;

Uma excessiva preocupação e controlo por parte do cônjuge ou desapego e despreocupação, tentando banalizar as queixas da mulher;

Queixas crónicas, disfunções sexuais, consumo abusivo de medicamentos, idas recorrentes a instituições de saúde e absentismo laboral.

Sinais de alerta do foro Ginecológico/Obstétrico – dificuldade na realização de exame pélvico; gravidez não desejada; gravidez não vigiada; demora na 1ª consulta pré-natal e/ou recorrência de consultas; disfunções sexuais; abortos espontâneos e/ou provocados de repetição; doenças sexualmente transmissíveis; dor pélvica crónica.


8.2. Constituição da equipa que realiza o acolhimento

A equipa que realiza o acolhimento à mulher vítima de violência doméstica/violação é constituída por todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do HNSR, do Serviço de Urgência Básica do HM e do SUOG.

8.3. Intervenção dos enfermeiros

8.3.1. Na triagem


O enfermeiro no processo de triagem procura identificar sinais de alerta que levam a suspeitar estar perante uma mulher vítima de violência doméstica/violação, através de observação, ou questionado com perguntas diretas e, caso se confirme, encaminha a mulher para o setor apropriado e comunica com o enfermeiro de acolhimento que dará continuidade ao processo de acolhimento.

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

8.3.2. No acolhimento

O enfermeiro de referência deve:


- Apresentar-se e tratar a utente pelo nome criando assim um clima de relação empática;
- Informar que será assegurada a confidencialidade da conversa que se vai estabelecer;
- Proporcionar um ambiente seguro. Garantir que todo o atendimento é realizado em segurança, entrevistando a mulher sozinha;
- Encorajar a mulher a falar utilizando perguntas abertas, diretas e a técnica da universalização;
- Validar a experiência da mulher;
- Não emitir juízos de valor. Em todo o processo deve respeitar-se a decisão e a liberdade de escolha da mulher. Esta neutralidade deve estar sempre presente quer em relação à mulher quer em relação aos seus agressores;
- Informar sobre recursos existentes na comunidade, o modo como formalizar queixa, solicitar a presença das Forças de Segurança se necessário, ou se a mulher assim o desejar e facultar-lhe folheto informativo com contactos telefónicos de apoio (anexo I);
- Esclarecer sobre o que é um plano de proteção;
- Analisar a disponibilidade de familiares e amigos da mulher que possam contribuir para a criação de estratégias de proteção;
- Nos dias úteis, se necessário e até às 17 horas, solicitar o apoio do Serviço Social;
- Encaminhar. Não deve deixar sair a mulher sem respostas procurando, para isso, a articulação com as instituições parceiras da rede (RAMSV) (anexo II);
- Não sendo possível resolver em tempo útil a situação e se necessário contactar a linha 144 – Linha de Emergência Social;
- Comunicar às autoridades de acordo com o estabelecido no Código do Processo Penal (contactar a PSP);
- Registar na ficha informatizada (SIRIU) de episódio de urgência no campo “registos de enfermagem”, o tipo de lesões que a mulher apresenta, o seu estado psicológico, quem foi o agressor, a informação facultada, o seu destino e a entrega do folheto informativo. Os registos devem ser claros, objetivos e precisos;
- Em caso de violação registar também:
 - O tipo de violação;
 - A data e hora da violação;
 - DUM;
 - IO;

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

- Método contraceptivo atual;
- Se foi realizado espólio.
- Deve preencher-se a folha de colheita de dados constantes na ficha informatizada (SIRIU) de episódio de urgência no campo “Violência doméstica e sexual”;
- Sempre que necessário, proceder ao espólio de roupa e objetos pessoais, que devem ser colocados em saco de papel próprio para o efeito.

Na situação de violação realizam-se também os seguintes procedimentos:

- Tocar/manipular a vítima o mínimo possível até ser realizada a colheita de indícios;
- Colaborar no exame ginecológico;
- Verificar a utilização de método contraceptivo;
- Em caso de necessidade, garantir a toma de contraceção de emergência e/ou profilaxia antibiótica, conforme protocolo de abordagem à mulher vítima de violação (anexo IV);
- Efetuar colheita de sangue e urina para:
 - Teste diagnóstico de gravidez;
 - Beta HCG quantitativa;
 - VIH 1 e 2;
 - Ag e Ac HBS;
 - VDRL;
 - HCV.
- Se o agressor apresentar Ac VIH+ ou tiver alto risco infeccioso devem ser cumpridos os procedimentos inerentes ao protocolo para administração de retrovirais e ser encaminhada para consulta de Infeciologia;
- Garantir o pedido de transporte/encaminhamento da vítima ao INMLCF, sempre que necessário;
- Verificar se a vítima fica encaminhada para consulta externa de Ginecologia por forma a ser informada dos resultados laboratoriais e de outros procedimentos eventualmente necessários;
- Encaminhar para o Centro de Saúde da área de residência para vacinação antitetânica e da hepatite B, se a imunização não está atualizada.

	PROCEDIMENTO GERAL	ADD.105
	PROGRAMA DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/VIOLAÇÃO – ACOLHER, INFORMAR E INTERVIR	

- Método contraceptivo atual;
- Se foi realizado espólio.
- Deve preencher-se a folha de colheita de dados constantes na ficha informatizada (SIRIU) de episódio de urgência no campo “Violência doméstica e sexual”;
- Sempre que necessário, proceder ao espólio de roupa e objetos pessoais, que devem ser colocados em saco de papel próprio para o efeito.

Na situação de violação realizam-se também os seguintes procedimentos:

- Tocar/manipular a vítima o mínimo possível até ser realizada a colheita de indícios;
- Colaborar no exame ginecológico;
- Verificar a utilização de método contraceptivo;
- Em caso de necessidade, garantir a toma de contraceção de emergência e/ou profilaxia antibiótica, conforme protocolo de abordagem à mulher vítima de violação (anexo IV);
- Efetuar colheita de sangue e urina para:
 - Teste diagnóstico de gravidez;
 - Beta HCG quantitativa;
 - VIH 1 e 2;
 - Ag e Ac HBS;
 - VDRL;
 - HCV.
- Se o agressor apresentar Ac VIH+ ou tiver alto risco infeccioso devem ser cumpridos os procedimentos inerentes ao protocolo para administração de retrovirais e ser encaminhada para consulta de Infeciologia;
- Garantir o pedido de transporte/encaminhamento da vítima ao INMLCF, sempre que necessário;
- Verificar se a vítima fica encaminhada para consulta externa de Ginecologia por forma a ser informada dos resultados laboratoriais e de outros procedimentos eventualmente necessários;
- Encaminhar para o Centro de Saúde da área de residência para vacinação antitetânica e da hepatite B, se a imunização não está atualizada.



Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Serviço de Urgência Geral

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Telefone: 21 214 73 00 Extensão: 2214

Hospital do Montijo

Serviço de Urgência Básica

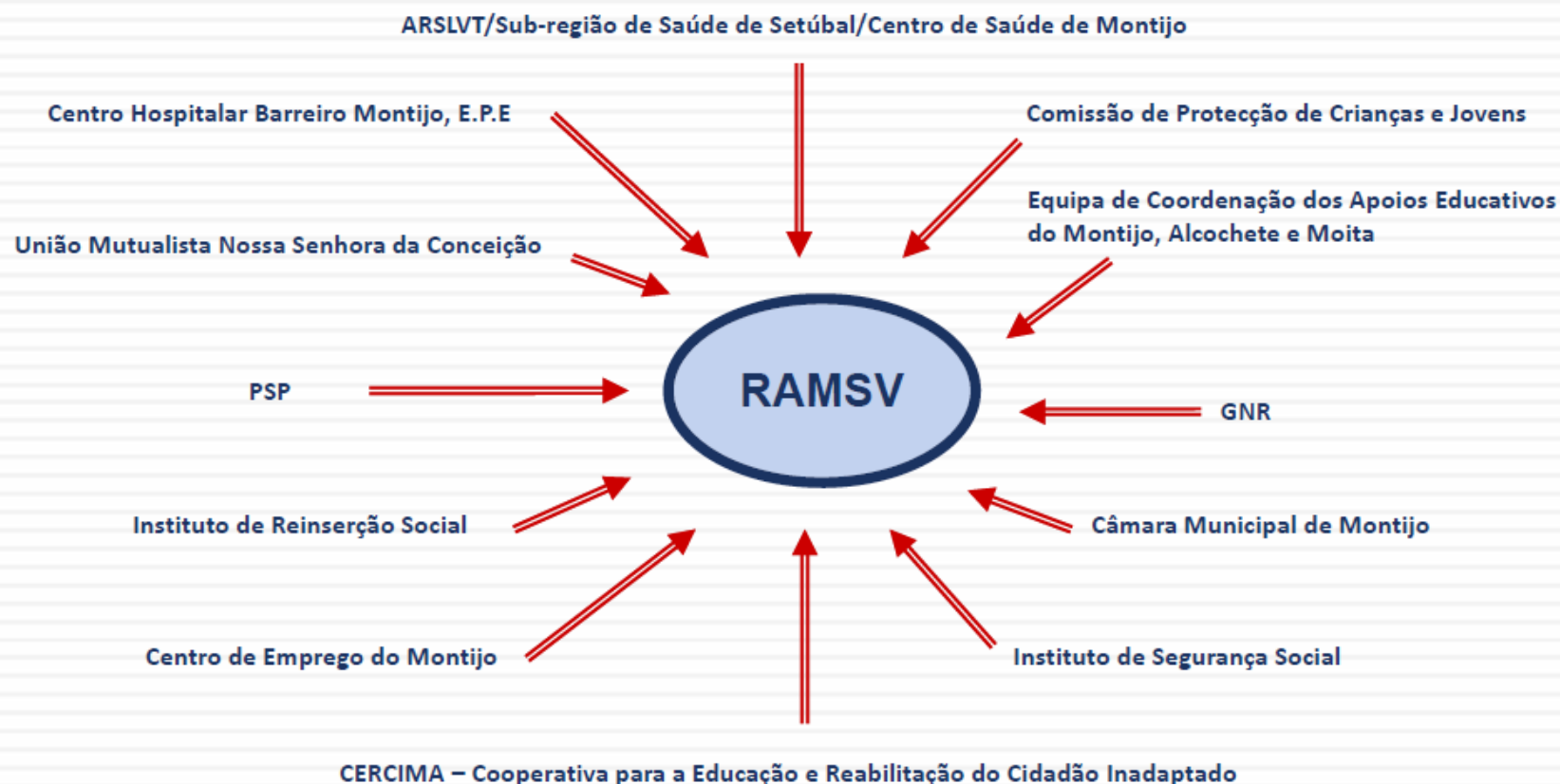
Rua Machado Santos n.º 54 | 2870-351 Montijo

Telefone: 212310046 Extensão: 3168

www.ohbm.mln-saude.pt

CONTACTOS TELEFÓNICOS ÚTEIS	PLANO DE SEGURANÇA PESSOAL	
APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) 213 587 900 707 200 077 265 534 598 (Delegação de Setúbal)	Se está numa relação de violência: - Saiba onde tem um telefone próximo; - Afaste-se da cozinha onde existem facas e outros objetos cortantes;	No entanto, o perigo pode aumentar quando sair de casa, razão pela qual é importante planear cuidadosamente o momento em que vai sair, para onde vai, quem avisa da sua saída. Esteja preparada para sair de repente.
CIG (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género) - 217 983 000	- Tenha sempre preparada uma pequena bagagem de emergência com chaves de casa e do carro extras, algum dinheiro, alguma roupa e documentos. Deixe esta bagagem em casa de um familiar ou amigo de confiança;	- Planeie a data e o local para onde vai fugir. - Ponha de lado o dinheiro que puder, para alguma emergência. - Esconda um segundo conjunto das chaves do carro. - Leve consigo os documentos importantes que devem estar em lugar seguro.
Associação das Mulheres Vítimas de Violência 213 802 160		- Na escola peça para que nunca deem informações sobre si ou as suas crianças.
Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica - 800 202 148 (24 horas 7 dias por semana)	- Não use lenços ou colares compridos que possam servir para a estrangular;	
PSP (Montijo) - 212 310 144	- Se a violência for inevitável, torne-se num alvo pequeno, dirija-se para um canto e enrole-se como uma bola, com a cara protegida e os dois braços de cada lado da cabeça com os dedos entrelaçados;	SAIU DE UMA RELAÇÃO DE VIOLÊNCIA - Mude o seu número de telefone e peça para que seja confidencial.
Espaço Informação Mulher (Montijo) - 212 327739		- Mude as crianças de escola e alerte a escola sobre a situação.
Queixa on-line http://queixaselectronicas.mai.gov.pt	- Deixe que a sua família e amigos saibam da situação e combine com eles um código, para quando precisar de apoio.	- Mude todas as fechaduras (caso continue na mesma casa e a pessoa que a agride tiver a chave).
E-mail de contacto para o esclarecimento de dúvidas ou encaminhamento para outros recursos: gruposiiie@chbm.min-saude.pt		- Procure obter do tribunal uma medida cautelar, ou seja, uma ordem de afastamento do agressor. Tenha sempre consigo uma cópia da ordem do tribunal.
PODE SEMPRE LIGAR O 144 (Número gratuito da linha de Emergência Nacional)	PRETENDE SAIR DE CASA Se recear pela sua integridade, pode sair de casa e levar as suas crianças. Não perde o direito de lhe atribuírem o poder paternal das crianças.	

REDE DE APOIO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



PROTOCOLO DE ABORDAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLAÇÃO

1 – FICHA DE ADMISSÃO

Deve referir-se

- Tipo de violação;
- DUM;
- IO;
- Método contraceptivo atual

2 – EXAME OBJETIVO

Se a violação ocorreu num período > a 72 horas ou se lavou

- Sem urgência para encaminhamento
- Deve a vítima dirigir-se ao INML
- Formalizar queixa-crime
- Realizar exame ginecológico (registo de traumatismo ou lacerações)

Se a violação ocorreu num período <a 72 horas ou utente não se lavou

- Contactar sempre telefonicamente INMLCF.

Dias úteis das 9h00 às 17h30, telefone 218811800 (ext: 2006/2007).

Fim de semana e feriados telemóvel 917288312 (Observação e colheita de indícios)

- Registo de sinais exteriores de violação

3 – EXAMES COMPLEMENTARES

A realizar na Urgência quer a violação tenha ocorrido num período > a 72 horas como se ocorreu num período < a 72 horas:

- DIG + Beta HCG quantitativa
- Serologias AcVIH 1 + 2, Ag HBS, Ac HVC, VDRL
- Exsudado vaginal

4 – TERAPÊUTICA

Se Beta HCG – negativa e ausência de contraceção

- (Norlevo 2 cp de 0.75, toma única até 72 horas após a violação).
- Profilaxia AB: Ceftriaxone 250 mg IM, Metronidazol 2gr peros, Azitromicina 1 gr peros/Doxiciclina 100 mg per os 12/12 horas durante 7 dias.

Se agressor AchIV ou alto risco infeccioso – Aplicar protocolo da instituição relativo a Retrovirais.

- Encaminhar para consulta de infeciologia.

5 – ENCAMINHAMENTO

- <72 Horas quer se tenha lavado ou não, fica na Instituição até à hora de enviar para INMLCF para colheita de indícios
- Solicitar transporte para encaminhamento INMLCF/ou Hospital a combinar com INM
- Encaminhar para Centro de Saúde para vacinação do tétano e Hepatite B se imunização não atualizada

6 – CONSULTA

- 1ª semana – Resultados das primeiras serologias (se positiva encaminhar para Consulta de Infeciologia)
- 2ª semana – Repetição de Beta HCG
- 3ª mês – Repetir serologias
- 6º mês – Repetir serologias

INSTRUMENTO DE COLHETA DE DADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA ADMITIDA	
1 – Pessoa admitida	<input type="checkbox"/> Grávida <input type="checkbox"/> 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3º Trimestre <input type="checkbox"/> Idade gestacional desconhecida <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Não se aplica
2 – Situação sócio profissional	<input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Incapacitado para o trabalho <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Outra
3 – Principal meio de subsistência	<input type="checkbox"/> Do trabalho <input type="checkbox"/> Pensão de reforma <input type="checkbox"/> Rendimento social de inserção (RSI) <input type="checkbox"/> A cargo da família <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego <input type="checkbox"/> Subsídio de acidente/doença <input type="checkbox"/> Apoio social <input type="checkbox"/> De propriedade/rendimentos <input type="checkbox"/> Outra situação
4 – Nível de ensino	<input type="checkbox"/> Nenhum (não sabe ler/escrever) <input type="checkbox"/> Nenhum (sabe ler/escrever) <input type="checkbox"/> Pré-escolar <input type="checkbox"/> Ensino básico (1º Ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino básico (2º Ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino básico (3º Ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Pós-secundário (cursos de especialização tecnológica)
6 – Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo
8 – Tipo de família	<input type="checkbox"/> Alargada <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Nuclear com filhos <input type="checkbox"/> Nuclear sem filhos <input type="checkbox"/> Reconstruída <input type="checkbox"/> Unitária <input type="checkbox"/> Coabitação <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Acolhimento
7 – Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
8 – Possui algum tipo de deficiência/limitação	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências ou síndromes <input type="checkbox"/> Desenvolvimento psicomotor de acordo com a idade <input type="checkbox"/> Alteração do desenvolvimento psicomotor <input type="checkbox"/> Não se aplica
9 – Número de filhos	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três ou mais
10 – Relação com o provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Ex-namorado <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Ex-companheiro <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Enteadado <input type="checkbox"/> Neto <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Amigo/Conhecido <input type="checkbox"/> Autor não identificável pela vítima <input type="checkbox"/> Outra

CARACTERIZAÇÃO DO PROVÁVEL AUTOR DA AGRESSÃO	
11 – Número de autores da agressão	<input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois ou mais
12 – Sexo do autor da agressão	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Ambos os sexos
13 – Situação sócio profissional	<input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Incapacitado para o trabalho <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Outra
14 – Nacionalidade	<input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
15 – Existência de dependências	<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Estupefacientes <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Jogo <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Nenhuma

CARACTERIZAÇÃO DA VITIMIZAÇÃO	
16 – Espaço temporal da vitimização	<input type="checkbox"/> Entre 1 a 11 meses <input type="checkbox"/> Entre 1 ano a 4 anos <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9 anos <input type="checkbox"/> Entre 10 a 14 anos <input type="checkbox"/> Entre 15 a 20 anos <input type="checkbox"/> Mais de 20 anos
17 – Tipologia da agressão	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Abuso sexual de menores <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Atentado ao pudor <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outra
18 – Meio de agressão	<input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Tentativa de estrangulamento <input type="checkbox"/> Ofensas verbais/difamação <input type="checkbox"/> Ameaça de morte <input type="checkbox"/> Outro
19 – Localização corporal	<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Região abdominal <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Membros inferiores Especifique _____ _____ _____
20 – Lesões físicas resultantes	<input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Feridas com necessidade de sutura <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Feridas resultantes do uso de armas <input type="checkbox"/> Traumatismos múltiplos (Equimoses, edemas, escoriações) <input type="checkbox"/> Traumatismo craniano com perda de conhecimento <input type="checkbox"/> Traumatismo craniano sem perda de conhecimento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Violação <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis (DST) <input type="checkbox"/> Rasgadura do colo do útero <input type="checkbox"/> Rasgadura do esfíncter anal <input type="checkbox"/> Outras
21 – Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/> Tratamento a feridas <input type="checkbox"/> Sutura de feridas <input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas ou luxações <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Informação <input type="checkbox"/> Exames complementares de diagnóstico
22 – Local onde ocorre	<input type="checkbox"/> Residência comum <input type="checkbox"/> Residência da vítima <input type="checkbox"/> Residência do agressor <input type="checkbox"/> Residência coletiva <input type="checkbox"/> Residência para idosos <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Local público <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Instituição de acolhimento <input type="checkbox"/> Local isolado <input type="checkbox"/> Bar ou similar <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro
23 – Quem presenciou	<input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Desconhecidos <input type="checkbox"/> Não foi presenciada
24 – Conhecimento dos locais de apoio à vítima	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ENCAMINHAMENTO	
25 – Encaminhamento	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro domicílio que possui <input type="checkbox"/> Domicílio de familiares/amigos <input type="checkbox"/> Casa abrigo <input type="checkbox"/> Urgência Ginecológica/Obstétrica <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica <input type="checkbox"/> Apoio social <input type="checkbox"/> Serviços da rede <input type="checkbox"/> Outro hospital <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Apoio Psicológico <input type="checkbox"/> Número Nacional de emergência social (144) <input type="checkbox"/> Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens (NHCJ) <input type="checkbox"/> Consultas. Quais? _____
26 – Observações	_____ _____ _____ _____ _____ _____

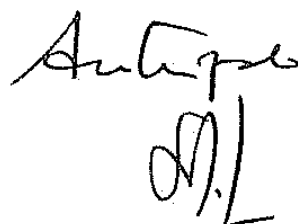
ANEXO-4

Parecer da comissão de ética de CHBM-EPE

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.

de 11 / 03 / 2016

ACTA N.º 11


João Silveira Ribeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 14/2016

Data: 04 / 03 / 2016

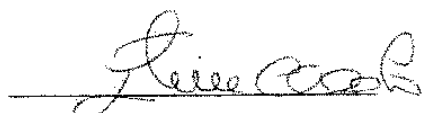
De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: Exma. Sra. Enf. Luísa Luz – Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

A 03/04/2016 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para realização de projecto de investigação no âmbito de um trabalho académico intitulado "Violência de género / violação" a desenvolver no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Irene Santos Cristina, enfermeira especialista neste Centro Hospitalar e aluna de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste trabalho científico.

Com os melhores cumprimentos,



(Elvira Camacho, Dr.ª)

(Presidente da CES)

ENTRADA
Conselho de Administração
1001

Quarta

25/01/2016

Leis - Lei 2

Lúcia Luz
Enfermeira Diretora

Comissão de Ética
para os devidos efeitos

Leis - Lei 2

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Irene Santos Cristina, enfermeira detentora do título de Enfermeira Especialista com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) desta organização hospitalar, vem por este meio solicitar a vossa excelência anuência à implementação do Projeto "Violência de Género/Violação", desenvolvido na sequência da realização do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Com este projeto na (SUOG) permite dar continuidade ao projeto já existente da violência doméstica ao qual sou elo de ligação, e assim dar resposta às necessidades das mulheres vítimas e com vista à melhoria do mesmo face ao atendimento das vítimas/ sobreviventes de violência doméstica no nosso serviço.

Atenciosamente.

COMISSÃO DE ÉTICA	
<u>Nada a opor</u>	
Data	<u>3/3/2016</u>

Pede Deferimento.

Barreiro, 19 de Janeiro de 2016

Irene dos Santos Cristina

(Irene Santos Cristina)

Nada a opor.

A Direção do

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

25/01/2016

UNSR, EPE BARREIRO
1994
Data n.º 638.0
Data 25/01/16

Nada a opor.

É de todo o interesse para o
serviço - aplicação do projeto
tendo benefícios para a população.

Em função de função de chefia

Que se faça

ANEXO-5

Parecer da Comissão Ética da Universidade Évora



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Luís Sebastião, Professora Doutora Constança Pinto e Professor Doutor Carlos Silva deliberaram dar, na reunião do dia 4 de Abril de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "Violência Contra as Mulheres. Revisão do Projeto Institucional do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE" dos investigadores Maria Margarida Santana Fialho Sim Sim, e Irene dos Santos Cristina.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

ANEXO-6

Escalas de risco (2)

Avaliação de Risco e Plano de Segurança

O BIG 26 (Duluth, Minnesota)

O *Domestic Abuse Intervention Program* (DAIP – Programa de Intervenção na Violência Doméstica) em Duluth, Minnesota, USA, desenvolveu 26 questões para avaliar a perigosidade do agressor:

	Sim	Não	Não sei	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor tornou-se mais violento, bruto ou perigoso ao longo do tempo?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez a magoou de tal forma que precisou de cuidados de saúde?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez tentou estrangulá-la?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ele alguma vez magoou ou matou um animal de estimação?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez ameaçou estrangulá-la?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez abusou de si sexualmente?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez a ameaçou com uma arma? Se sim, qual?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ele é possessivo ou extremamente ciumento e observa-a e controla-a?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	As agressões estão a tornar-se mais frequentes?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ele alguma vez ameaçou suicidar-se ou já tentou suicidar-se?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ele agrediu-a durante a gravidez?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já se separou ou tentou separar-se do agressor durante os últimos 12 meses?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já tentou organizar ou pedir ajuda nos últimos 12 meses (polícia, centros de apoio, casas abrigo para mulheres, etc.)?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esteve isolada ou foi impedida de procurar ajuda (telefone, carro, família, amigos, etc.)?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor esteve sob stress excepcional nos últimos 12 meses (perder emprego, morte de alguém próximo, dificuldades financeiras, etc.)?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor bebe muito álcool/tem problemas com álcool?
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguma vez ele teve sintomas de abstinência/fez alguma cura devido a consumo de álcool ou droga?
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor tem alguma arma; usa-a ou tem acesso a armas? Quais?
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acha que ele poderia magoá-la gravemente ou matá-la?
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tentou, de alguma forma, proteger o agressor (alteração da denúncia, redução da pena, etc.)?
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor foi, quando criança, vítima de violência por parte de um membro da família?
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor testemunhou violência em relação à mãe?
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor mostra remorsos ou pesar em relação ao incidente?
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor cometeu outros crimes (para além da violência)?
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor também agrediu outras pessoas (fora do círculo familiar)?
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O agressor consome drogas (speed, cocaína, crack, etc.)?

Quantas mais questões respondidas com "sim", maior o risco.

Avaliação relativa às crianças/dependentes

Crianças / Dependentes	
Está grávida ?	
Cuida de alguma/s criança/s, enteadas/os? Ou vivem convosco outros dependentes? (Comente se necessário. Se não houver crianças, siga para a próxima secção)	
Sabe se as crianças ouviram ou presenciaram algumas das agressões?	
Ele já maltratou alguma vez a/s criança/s	
Ele já ameaçou alguma vez maltratar a/s criança/s	
Ele já ameaçou alguma vez matar a/s criança/s	

Outros formulários de avaliação de risco podem ser encontrados no seguintes links, seleccionados pela WAVE para o manual: Logar, Rosa (2006) *Bridging the gaps – from good intentions to good co-operation* (Viena: WAVE Co-ordination Office):

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERIGO de JACQUELYN C. CAMPBELL

Jacquelyn C. Campbell desenvolveu um instrumento semelhante de avaliação de risco. Pode fazer o *download* do seu *website*. Ela também disponibiliza formação em avaliação de risco.

<http://www.dangerassessment.com/WebApplication1/pages/da/> (27 Junho 2006)

FORMULÁRIO INICIAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Glasgow Assist, Escócia, desenvolveu um formulário de avaliação de risco para profissionais que pode ser encontrado no *website* da CAADA (Co-ordinated Action Against Domestic Abuse).

http://www.crarg.org.uk/library_resources.html#2 (27 Junho 2006)

MODELO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DA POLÍCIA METROPOLITANA DE LONDRES PARA CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A Polícia Metropolitana de Londres desenvolveu um instrumento de avaliação de risco (SPECSS) para a sua força policial. Pode fazer *download* no seu *website*. www.met.police.uk/csu/pdfs/AppendixIII.pdf (27 Junho 2006)

Uma avaliação da aplicação do instrumento de avaliação de risco desenvolvida pela Universidade de Warwick. Pode fazer *download* no seu *website*:

<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/shss/swell/research/> (27 Junho 2006)

Instrumentos de Avaliação de Risco

Ao longo das últimas décadas, têm sido desenvolvidos, através de pesquisas e da prática, vários instrumentos de avaliação da perigosidade do agressor na violência doméstica e da extensão do risco para a vítima. No entanto, nenhum destes instrumentos mede ou prediz o risco de forma precisa. Em vez disso, servem para colher a informação de forma sistemática e compará-la com a experiência e o conhecimento anteriores para avaliar se a vítima se encontra em sério risco de vida.

Na cooperação multi-institucional, é importante partilhar informação e comprometer-se na avaliação do risco coordenado. A avaliação do risco deve ser levada a cabo com as vítimas/sobreviventes de violência – mas só se existir uma relação de confiança e de apoio. Deve ser sempre acompanhado de um plano de segurança.

LISTA DE INDICADORES DE RISCO RECOMENDADA PELA CAADA PARA IDVAS E OUTRAS INSTITUIÇÕES¹

(adaptado da check-list da Polícia de South Wales)

Questões (NÃO ESCREVA NAS CAIXAS SOMBREADAS)	Sim	Não/ não sei (N/NS)	Preocupação significativa
1. O companheiro/ex-companheiro tem registo criminal por violência ou drogas?			
Se sim, o registo tem a ver com violência doméstica?			
2. Do incidente actual resultaram ferimentos?			
Se sim, causa uma preocupação significativa?			
3. O incidente envolveu o uso de armas?			
Se sim, causa uma preocupação significativa?			
4. O seu companheiro/ex-companheiro alguma vez ameaçou matar alguém?			
Se sim, quem? (assinale todos aos quais se aplica)			
Utente <input type="checkbox"/> Crianças <input type="checkbox"/> Outra companheira <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Se sim, causa uma preocupação significativa?			
5. O seu companheiro/ex-companheiro alguma vez expressou/comportou-se de forma ciumenta ou demonstrou comportamento controlador ou tendências obsessivas?			
Se sim, descreva sumariamente:			
Se sim, causa uma preocupação significativa?			
Especifique:			

P020-30

¹ Este instrumento de Avaliação de Risco é amplamente utilizado no Reino Unido, especialmente pelos Conselheiros em Violência Doméstica, como instrumento que é utilizado nas Conferências Multi-Institucionais de Avaliação de Risco de vítimas e sobreviventes em situação de alto risco. Esta estrutura é, também, eficaz fora deste contexto porque lida com importantes aspectos de avaliação de risco.

CAADA/ Co-ordinated Action Against Domestic Abuse – Acção Coordenada Contra a Violência Doméstica

	Sim	Não/ Não sei	
6. Está ou vai se separar do seu companheiro/ex-companheiro?			
7. A violência está a tornar-se mais grave e/ou mais frequente?			
8. Está muito assustada? Percepção da utente da situação indicando o que ela acha que o companheiro/ex-companheiro irá fazer.			
9. O seu companheiro/ex-companheiro tem/teve problemas financeiros recentemente?			
10. O seu companheiro/ex-companheiro tem/teve os seguintes problemas: Álcool <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/>			
11. Está grávida?			
12. Há algum conflito com o seu companheiro/ex-companheiro sobre o contacto com a criança? Especifique:			
13. O seu companheiro/ex-companheiro tentou estrangulá-la/sufocá-la?			
14. Você ou o seu companheiro/ex-companheiro alguma vez ameaçaram/tentaram suicidar-se? Se sim quem? Utente <input type="checkbox"/> Companheiro/ex-companheiro <input type="checkbox"/>			
15. O seu companheiro/ex-companheiro disse ou fez algo de natureza sexual que a fizeram sentir-se mal ou que a magoou fisicamente? Especifique:			
16. Tem medo de futuras ofensas ou violência?			
17. Tem medo que o seu companheiro/ex-companheiro a mate?			
18. Tem medo que o seu companheiro/ex-companheiro faça mal aos filhos?			
19. Suspeita de perseguição?			
Sente-se isolada da sua família/amigos? Especifique:			
Percepção dos profissionais especializados na área do Advocacy (por favor complete esta secção com as suas observações sobre o risco da utente especialmente quando há poucos "sim" como resposta):	Total		Total Preocupações significativas do Q1-5

ANEXO-7

Projeto para implementação da linha telefónica contra violência/ violação

CENTRO HOSPITALAR
BARREIRO MONTIJO, E.P.E.



PROJECTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA TELEFÓNICA CONTRA A VIOLÊNCIA/VIOLAÇÃO

Elsa Guerra

Irene Cristina

Paula Barradas

BARREIRO

NOVEMBRO 2010

SUMÁRIO

0- INTRODUÇÃO	PAG. 3
1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	PAG. 4
1.1- Identificação do Tema e Delimitação do Problema.....	PAG.4
2-Enquadramento Teórico	PAG 5
3-PLANEAMENTO DA ACÇÃO.....	PAG 9
3.1- População envolvida na acção	PAG 9
3.2- Objectivos gerais e específicos.....	PAG 9
3.3- Estratégias Utilizadas.....	PAG 10
3.4- Instrumento de Avaliação.....	PAG 10
3.5- Recursos Necessários.....	PAG 10
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	PAG 11
5- BIBLIOGRAFIA.....	PAG 12

0 – INTRODUÇÃO

Dando continuidade á implementação do projecto da violência / violação no Serviço Urgência obstétrica e ginecológica do CHBM, estamos convictas, que muito há para fazer neste âmbito pelo que cada vez mais se justifica a necessidade premente de criar estratégias de intervenção para apoio às mulheres vítimas destas situações.

Assim, o grupo de trabalho da UOG contra a Violência, dando seguimento ao seu objectivo primordial de mediação “ Acolher/ Informar e Intervir junto das vitimas” descreve o diagnóstico da situação, identificar a necessidade o problema e sua justificação, face á necessidade de implementação de uma linha telefónica directa para o serviço acima referido.

Seguidamente procedemos ao enquadramento teórico, planeamento da acção e discriminação dos objectivos, assim como enumeração das estratégias utilizadas para concretizar os objectivos propostos.

Finalizamos expondo os recursos necessários para a realização desta actividade.

Desta forma pensamos contribuir com este projecto para o objectivo geral da nossa Instituição, que é melhorar os padrões de qualidade comparativamente aos cuidados prestados à população.

1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Ao longo deste capítulo pretende-se identificar o tema e delimitar o problema em questão, bem como a sua pertinência.

Verifica-se com frequência que algumas das nossas utentes referem ter conhecimento dos vários apoios existentes na sociedade, no âmbito da violência doméstica, assim como os procedimentos a ter face a uma situação de violação.

Mas ao ser validada essa informação constata-se que ainda é parca.

Achamos pertinente a implementação desta linha para clarificar e encaminhar mantendo o anonimato das nossas utentes.

1.1- Identificação do Tema e Delimitação do Problema

Os Enfermeiros do Serviço UOG do CHBM têm como base na prestação dos cuidados de Enfermagem, a excelência e a qualidade no cuidar e no atendimento, das vítimas de violência doméstica/ violação.

Razão pela qual estão envolvidos de forma directa na elaboração de protocolos de actuação, assim como da implementação e formação dos seus pares para uniformizar procedimentos de actuação.

Sempre procurando o melhor para as utentes que recorrem aos nossos serviços e sabendo que é um tema delicado e tabu tanto para a utente como para quem a rodeia, pensamos que a implementação desta linha e divulgação da mesma vai fazer com que mais utente recorram aos nossos serviços.

2-ENQUADRAMENTO TEORICO

Violência Doméstica

A “**Violência doméstica** é o tipo de violência que ocorre entre membros de uma família ou que partilham o mesmo espaço de habitação” (in: II Plano Nacional contra a Violência Doméstica).

Segundo o Código Penal Artº152, considera-se **violência doméstica**: “quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais a:

- ✓ Ao conjugue ou ex-conjugue;
- ✓ A pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga á dos conjugues, ainda que sem coabitação;
- ✓ O progenitor de descendente comum em 1º grau;
- ✓ A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.

Violação

Conforme o Código Penal (art.º 164), considera-se **violação** “... Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tomado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir e/ ou quem, por meio não compreendido no numero anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou e trabalho, ou aproveitando-se do temor que causou, constranger outra pessoa a:

- A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cúpula, coito anal ou coito oral;

A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos.

Os Padrões de Qualidade

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu atingido um dos seus desafios importantes. Entre as várias competências estatuídas, definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela, inerente e vantajosa, necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade, está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a **Organização Mundial da Saúde** e o **Conselho Internacional de Enfermeiros**, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde jogam um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. Assume-se que a **qualidade em saúde é tarefa multiprofissional** e tem um contexto de aplicação local. Daqui deduz-se o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua actividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Claramente: nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

Da OE e das instituições de saúde

Importa distinguir, relativamente aos diferentes papéis institucionais face ao assunto da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que deve ser tido como compromisso da OE e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde enfermeiros exercem a sua actividade profissional.

De acordo com a alínea b) do n.º1 do art.º30 do estatuto da OE, compete ao CE **definir padrões** de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do

Bloco de Partos

n.º2 do mesmo artigo e a alínea b) do n.º2 do art.º37, compete respectivamente às Comissões de Especialidade e Conselhos de Enfermagem Regionais, **zelar pela observância** dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade.

Por sua vez, às instituições de saúde compete **adequar os recursos e criar as estruturas** que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade.

O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – **para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir** – e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados.

Estamos certos, que não basta aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.

Adoptando o enquadramento conceptual aqui ensaiado visa constituir-se numa base de trabalho da qual emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de Enfermagem.

A satisfação do cliente

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com o processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

3-PLANEAMENTO DE ACÇÃO

Este capítulo é constituído pelos seguintes subcapítulos: descrição da população alvo; identificação dos objectivos gerais e específicos; identificação dos indicadores de avaliação tendo em conta os objectivos mencionados; identificação das estratégias a utilizar para a realização do plano de acção e identificação dos recursos necessários.

3.1- População envolvida na acção

Este plano de acção é dirigido às mulheres vítimas de violência/ violação, que recorrem ao nosso serviço.

3.2- Objectivos gerais e específicos:

Como objectivo geral definimos:

- Melhorar as boas praticas de actuação de enfermagem no apoio, esclarecimento e encaminhamento das mulheres vitimas de violência doméstica /violação. Pretendemos com este projecto garantir uma informação clara e eficazes as vítimas, garantindo as boas práticas de confidencialidade.

Como objectivos específicos:

- Envolver toda a equipa de enfermagem no projecto;
- Uniformizar o atendimento a vítima
- Uniformizar o encaminhamento a vítima
- Esta deve ser uma linha de atendimento telefónico com acesso directo á sala de enfermagem, por ser um local de fácil acesso a toda a equipa ao longo das 24h.

3.3- Estratégias Utilizadas

Tendo em conta os objectivos mencionados anteriormente, iremos abordar as estratégias a adoptar para atingir os objectivos a que nos propusemos.

Para que este espaço funcione existe algum material indispensável, tal como:

- Linha telefónica directa
- Divulgação do projecto na internet
- Divulgação com folhetos informativos
- Formação dos elementos da equipa
-

3.4- Instrumento de Avaliação

Por cada contacto telefónico, deve-se preencher uma folha de colheita de dados existente no serviço para vítimas de violência doméstica / violação.

3.5- Recursos Necessários

Colocação de um telefone na sala de enfermagem com um numero directo mas com a particularidade de só receber chamadas e desta forma ser um projecto a custo zero para o hospital.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção e a realização dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação; procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Reconhecendo que a administração tem sido um pilar no apoio a este programa de vítimas de violência/ violação, desde já contamos com a sua colaboração e participação.

5- BIBLIOGRAFIA

- III Plano Contra a Violência Doméstica 2007 -2010;
- Site da Associação de Mulheres Contra a Violência. Consultado a 10 de Novembro de 2008, através de www.amcv.org.pt.
- Associação Portuguesa de Apoio à vítima (1999). **Manuel Alcipe. Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência.** Lisboa: APAV;
- Portugal – resolução de conselho de Ministros nº 55/99, Diário da Republica – I – B Série.
15 – 6- 1999 (137), p. 3426 – 3428.
- Diário da Republica, 1ª série nº 170, 4 Setembro de 2007.
-

Referências Electrónicas

- http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadrosQualidade.pdf

ANEXO– 8

Panfleteo de plano de segurança do CHBM-EPE



Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Serviço de Urgência Geral

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Telefone: 21 214 73 00 Extensão: 2214

Hospital do Montijo

Serviço de Urgência Básica

Rua Machado Santos n.º 54 | 2870-351 Montijo

Telefone: 212310046 Extensão: 3168

www.ohbm.mln-saude.pt

CONTACTOS TELEFÓNICOS ÚTEIS	PLANO DE SEGURANÇA PESSOAL	
APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) 213 587 900 707 200 077 265 534 598 (Delegação de Setúbal)	Se está numa relação de violência: - Saiba onde tem um telefone próximo; - Afaste-se da cozinha onde existem facas e outros objetos cortantes;	No entanto, o perigo pode aumentar quando sair de casa, razão pela qual é importante planear cuidadosamente o momento em que vai sair, para onde vai, quem avisa da sua saída. Esteja preparada para sair de repente.
CIG (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género) - 217 983 000	- Tenha sempre preparada uma pequena bagagem de emergência com chaves de casa e do carro extras, algum dinheiro, alguma roupa e documentos. Deixe esta bagagem em casa de um familiar ou amigo de confiança;	- Planeie a data e o local para onde vai fugir. - Ponha de lado o dinheiro que puder, para alguma emergência.
Associação das Mulheres Vítimas de Violência 213 802 160		- Esconda um segundo conjunto das chaves do carro. - Leve consigo os documentos importantes que devem estar em lugar seguro.
Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica - 800 202 148 (24 horas 7 dias por semana)	- Não use lenços ou colares compridos que possam servir para a estrangular;	- Na escola peça para que nunca deem informações sobre si ou as suas crianças.
PSP (Montijo) - 212 310 144		SAIU DE UMA RELAÇÃO DE VIOLÊNCIA - Mude o seu número de telefone e peça para que seja confidencial.
Espaço Informação Mulher (Montijo) - 212 327739	- Se a violência for inevitável, torne-se num alvo pequeno, dirija-se para um canto e enrole-se como uma bola, com a cara protegida e os dois braços de cada lado da cabeça com os dedos entrelaçados;	
Queixa on-line http://queixaselectronicas.mai.gov.pt		- Mude as crianças de escola e alerte a escola sobre a situação.
E-mail de contacto para o esclarecimento de dúvidas ou encaminhamento para outros recursos: gruposie@chbm.min-saude.pt	- Deixe que a sua família e amigos saibam da situação e combine com eles um código, para quando precisar de apoio.	- Mude todas as fechaduras (caso continue na mesma casa e a pessoa que a agride tiver a chave).
PODE SEMPRE LIGAR O 144 (Número gratuito da linha de Emergência Nacional)	PRETENDE SAIR DE CASA Se recear pela sua integridade, pode sair de casa e levar as suas crianças. Não perde o direito de lhe atribuírem o poder paternal das crianças.	- Procure obter do tribunal uma medida cautelar, ou seja, uma ordem de afastamento do agressor. Tenha sempre consigo uma cópia da ordem do tribunal.

ANEXO-9

Folhas presenças das formações

REGISTO DE PRESENCAS

TEMA DA FORMAÇÃO: Apresentação dos Resultados Estatísticos dos Questionários Aplicados à Equipa de EESMO, sobre as atitudes dos enfermeiros face as mulheres vítimas de violência doméstica.

SERVIÇO/UNIDADE: Bloco de Partos Entre os dias 18 a 31 com duração de 45 minutos.

FORMADOR

NOME	PARTICIPAÇÃO	
	INTERNO	EXTERNO
1. Enf.ª ESMO Irene dos Santos Cristina	X orador	

FORMANDO

NOME	PARTICIPAÇÃO	
	INTERNO	EXTERNO
1 - Ana Maria Casalta Rodrigues Miranda		
2 - Ana Cristina Serrano Agostinho Esteves Queimado		
3 - Anna Paula Gomes Lopes Branco		
4 - Ana Rita Araújo Ferreira	Ana Ferreira	
5 - Cristina Maria Castanho Pires		
6 - Diana Sofia Rodrigues de Sousa	Atestado	
9 - Cristina Maria Castanho Pires	<i>[Signature]</i>	
10 - Elsa Mariana Ferreira Guerra	<i>[Signature]</i>	
11 - Elsa Maria Ângelo Gomes	<i>[Signature]</i>	
12 - Enilda Mireie Andrade Morais	Enilda Morais	
13 - Ana Cristina Canhoto Ferrão	Ana Ferrão	
14 - Lúcia Maria Martins Braga	Lúcia Braga	
15 - Maria Fernanda Gonçalves das Neves Ribeiro		
16 - Maria Joaquina Moreira Almas Fernandes	<i>[Signature]</i>	
17 - Maria da Graça Pires Pacheco	<i>[Signature]</i>	
18 - Maria de Lurdes Gardete Pereira Gameiro		
19 - Nádida Patrícia Reis Grilo Fernandes	Nádida	
20 - Paula Maria Cunha Duarte	<i>[Signature]</i>	
21 - Rosa Maria Valentim Carvalho	<i>[Signature]</i>	

22 – Sandra Margarida Gaiato Riso		
23 – Susana Marina Palmeiro Xufre Preto	Susana Preto	
24 – Vanda Cristina de Carvalho Pinto Santos	Vandas.	

ENFº RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO EM SERVIÇO: _____
MOD 5/08 – NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM – HNSR, EPE

CENTRO DE FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

Irene dos santos Cristina PARTICIPOU COMO **FORMADORA** NA
ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

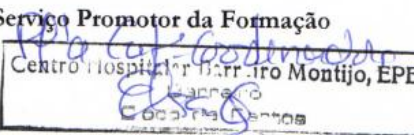
“Apresentação dos resultados estatísticos referentes a 2015 sobre Violência /
Violação”

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Apresentação do fluxograma
- Constrangimentos de inserção dos dados no programa informático
- Estratégias para melhorar a inserção dos dados
- Apresentação dos dados estatísticos


DECORREU EM 11 /04/2016 COM A DURAÇÃO TOTAL DE 30 Min

O Serviço Promotor da Formação


Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

O Centro de Formação

Unidade Formativa acreditada
pelo Despacho nº 35 de 23/04/02 da
Srª Ministra da Saúde



CENTRO DE FORMAÇÃO

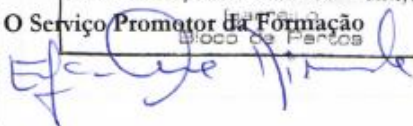
DECLARAÇÃO

Irene dos Santos Cristina PARTICIPOU COMO **FORMANDO** NOS
MODULOS DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Apresentação dos Projetos para Implementação
no serviço, desenvolvidos no âmbito do Mestrado

ÁREAS TEMÁTICAS	Nº horas	Participação
MODULO I – Projeto: “Contributo do Reiki no Bem Estar do Recém – Nascido com cólicas abdominais”	30 min	x
MODULO II - Projeto:” Mover para Melhor Nascer”	30 Min	X
MODULOIII – Projeto: “Morte Fetal”	30 Min	X
MODULO IV – Projeto: “ Empoderamento da puérpera para o sucesso do aleitamento materno”	30 Min	x
MODULO V – Projeto: “Cuidar no nascimento – Relação Precoce”	30 Min	x
MODULO VI – Projeto: “Violência de Género/Violação”	30 Min	
MODULO VII – Projeto : “O Reiki para Cuidar de quem Cuida”	30 Min	
TOTAL DE HORAS DE FORMAÇÃO	2H30	

Realizou-se dia 11 de Abril de 2016
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

O Serviço Promotor da Formação
BLOCO DE PARTOS



O Centro de Formação

Unidade Formativa acreditada
pelo Despacho nº35 de 23/04/02 da
Sr.ª Ministra da Saúde



Conteúdos Programáticos
<p>MODULO I – Projeto: “Contributo do Reiki no Bem-estar do Recém – Nascido com cólicas abdominais”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULO II - Projeto: “Mover para Melhor Nascer”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULOIII – Projeto: “Morte Fetal”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULO IV – Projeto: “ Empoderamento da puérpera para o sucesso do aleitamento materno”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULO V – Projeto: “Cuidar no nascimento – Relação Precoce”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULO VI – Projeto: “Violência de Género/Violação”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.
<p>MODULO VII – Projeto: “O Reiki para cuidar de quem cuida”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo geral e objetivos específicos; • Pertinência do tema e contextualização da problemática; • Fases de implementação; • Atividades planeadas e resultados esperados.

ANEXO-10

Declaração de Aceitação de Orientação

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

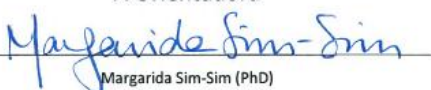
Para os devidos efeitos, definidos no artigo 22.º da Ordem de Serviço n.º 08/2013, de 23 de Maio, do Reitor da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Irene dos Santos Cristina** (Estudante n.º 34838), conducente ao Relatório de **Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, sob o registo n.º R/B – CR-168/2009) na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro e do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo do Decreto -Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, que versa sobre a problemática de “**Violência contra as mulheres**”.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 1 Março 2016

A Orientadora


Margarida Sim-Sim (PhD)